



**ВСЕМИРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
В РАМКАХ
ДЕСЯТИЛЕТИЯ ЖЕНЩИНЫ
ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ:**

**равенство,
развитие
и мир**

Копенгаген, Дания

14-30 июля 1980 года

ОБЗОР И ОЦЕНКА ПРОГРЕССА, ДОСТИГНУТОГО В ДЕЛЕ
ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВСЕМИРНОГО ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ:
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Пункт 8 предварительной повестки дня.

80-05585



СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Пункты</u>	<u>Стр.</u>
ВВЕДЕНИЕ	1 - 17	3
А. Женщины, здравоохранение и развитие	2 - 3	3
В. Здравоохранение и социально-экономическое неравенство	4 - 10	4
С. Значение охраны здоровья женщин	11 - 13	6
Д. Традиционные показатели положения в области здравоохранения	14 - 17	6
I. ОБЗОР ПРОГРЕССА, ДОСТИГНУТОГО С 1975 ГОДА: АНАЛИЗ ОТВЕТОВ СТРАН	18 - 121	8
А. Тенденции в области охраны здоровья женщин	18 - 38	8
1. Показатели средней продолжительности жизни, материнской и детской смертности	18 - 28	8
2. Сопоставление состояния здоровья мужчин и женщин	29 - 38	11
В. Специфические проблемы здоровья женщин ...	39 - 54	14
1. Беременность и деторождение	39 - 42	14
2. Обычаи культуры, влияющие на здоровье женщин	43 - 45	15
3. Условия и образ жизни	46 - 49	16
4. Влияние технологии	50 - 52	17
5. Насилие по отношению к женщинам	53 - 54	18
С. Улучшение медицинского обслуживания	55 - 67	19
Д. Меры, направленные на совершенствование форм и расширение участия женщин в системе медицинского обслуживания	68 - 83	23
Е. Питание	84 - 95	27

/...

СОДЕРЖАНИЕ (продолжение)

	<u>Пункты</u>	<u>Стр.</u>
Ф. Просветительная работа по вопросам здраво- охранения и питания	96 - 103	30
Г. Улучшение планирования размеров семьи	104 - 121	31
1. Планирование размеров семьи	104 - 113	31
2. Стерилизация	114 - 115	33
3. Аборт	116 - 121	34
II. ПРЕПЯТСТВИЯ И ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ	122 - 144	36
А. Препятствия	122 - 134	36
В. Первоочередные задачи на 1979-1985 годы ..	135 - 144	39
III. ВЫВОДЫ	145 - 152	40

ВВЕДЕНИЕ

1. Доклад Генерального секретаря подготовлен секретариатом Всемирной конференции в рамках Десятилетия женщины Организации Объединенных Наций 1980 года, в соответствии с резолюцией 3490 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 12 декабря 1975 года и резолюциями 2060 (LXII) от 12 мая 1977 года и 1978/28 от 5 мая 1978 года Экономического и Социального Совета. В нем даются обзор и оценка усилий, предпринятых на национальном уровне в порядке осуществления Всемирного плана действий по осуществлению целей Международного года женщины I/, в частности, минимальных целей, поставленных в его пункте 46. Настоящий доклад основан на ответах 86 правительств на вопросник, подготовленный и распространенный Отделением по вопросам улучшения положения женщин Центра по социальному развитию и гуманитарным вопросам, и содержит анализ достигнутого прогресса и встреченных трудностей в области здравоохранения. Даже у развитых стран не всегда имелись такие подробные данные, которые требовались в вопроснике, и иногда наблюдались расхождения между данными, представленными самими правительствами, и данными, полученными из официальных источников Организации Объединенных Наций. В некоторых случаях данные, полученные от стран, были более свежими, чем последние данные, которыми располагала Организация Объединенных Наций. Полезность этих данных заключается в том, что они указывают на тенденции и несоответствия в положении в области здравоохранения и медико-санитарного обслуживания, а также изменения, имевшие место в первой половине Десятилетия женщины. В этом отношении расхождения не повлияли на сделанные выводы, однако, были предприняты попытки обеспечить в разумных пределах их достоверность. Дать описание изменений во всех странах не удалось; по каждому региону были подобраны примеры, которые были использованы лишь для иллюстрации и которые нельзя рассматривать как исчерпывающие.

А. Женщины, здравоохранение и развитие

2. Охрана здоровья, право на которую является основным правом человека, представляет собой и важнейшее условие развития людских ресурсов. Она тесно связана с образованием, занятостью и участием в политической жизни. Являясь важным элементом полного вовлечения женщин в процесс развития, здравоохранение оказывает влияние на общество в целом и на будущее поколение. Экономические цели, намеченные странами, не могут быть достигнуты без понимания важности охраны здоровья женщин и их участия в оказании медико-санитарной помощи.

I/ Report of the World Conference of the International Womens Year, Mexico City, 19 June-2 July 1975 (United Nations publication, Sales No E.76.IV.1), chap. II, sect. A.

3. Если не считать конкретных резолюций, принятых в рамках Всемирного плана действий в области здравоохранения, и семинаров, организованных в последние годы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) 2/, на международных конференциях вопросам охраны здоровья женщин и ее значению для процесса развития внимания уделялось мало. На Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся в Алма-Ате 6-12 сентября 1978 года, основной упор был сделан на комплексном подходе и профилактике, а не на фрагментарном подходе и лечении (см. Алма-Атинскую декларацию 3/). Хотя проблемы, связанные с здоровьем женщин, не выдвигались при этом на первый план, этот новый подход, при условии правильного планирования и применения, мог бы обеспечить полное вовлечение женщин в деятельность, связанную с медико-санитарной помощью, как получателей, участников и руководителей. В свете декларации, принятой в Алма-Ате, Всемирная организация здравоохранения в настоящее время содействует внедрению комплексного применения западной и традиционных систем здравоохранения в целях максимального использования преимуществ всех систем, с тем чтобы обеспечить необходимое всеобщее медико-санитарное обслуживание к 2000 году.

В. Здравоохранение и социально-экономическое неравенство

4. Неблагополучное положение в области здравоохранения является важным показателем экономических лишений и нужды. В результате экономического неравенства, характерного для большинства стран, зачастую не все группы населения имеют одинаковые возможности правильно питаться, пользоваться здоровой окружающей средой, надлежащими жилищными условиями и медицинским обслуживанием. Вследствие этого здоровье женщин из групп с низким уровнем доходов подвержено большей опасности.

5. Социальное неравенство между отдельными странами и внутри их, а также дискриминация по признаку пола являются основным источником проблем, связанных со здоровьем женщин. Существует взаимосвязь между бедностью и низкими показателями средней продолжительности жизни 4/. Различия в показателях средней продолжительности жизни

2/ Совещание по вопросам охраны здоровья женщины и семьи, проведенное в Женеве 20-30 ноября 1978 года, и семинар по традиционной практике, связанной с охраной здоровья женщин и детей, который проходил в Хартуме с 10 по 15 февраля 1979 года.

3/ См. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 September 1978, Jointly Sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund (Geneva, World Health Organization, 1978), p. 2.

4/ S.Preston, "The changing relation between mortality and level of economic development", Population Studies, vol. 29 (2 July 1975), pp. 231-239.

/...

между странами и внутри них является отражением неодинакового жизненного уровня и неравенства, несомненно порождаемого и сохраняемого существующей системой мировой экономики, ставящей в более выгодное положение страны, для которых сельскохозяйственные и сырьевые продукты не являются основным источником существования.

6. Социально-экономические, культурные и экологические факторы, действующие как на макроуровне (международная обстановка и положение в стране в целом), так и на микроуровне (община, семья и индивидуум), лежат в основе возникновения и сохранения отношений неравенства между государствами и ухудшения экономического положения конкретных групп, особенно женщин, что отрицательно сказывается на их здоровье. Охрана здоровья стала центральным фактором неравенства в мировом масштабе и имеет важное значение для нового международного экономического порядка (см. резолюцию 34/58 Генеральной Ассамблеи от 29 ноября 1979 года).

7. Отражением глобального неравенства является господствующее положение развитых стран с точки зрения наличия специалистов и технологии в области медицины, предоставления медико-санитарного обслуживания, а также с точки зрения концепций, методов и учебных программ в области обучения и подготовки специалистов-медиков различного уровня.

8. Это господствующее положение проявляется в решениях, принимаемых в развитых странах по проблемам здравоохранения в развивающихся странах, в экспериментировании с новыми медицинскими препаратами, в программах, основанных на слишком активном регулировании фертильности и в безответственной рекламе фармакологических средств, готовых продуктов питания, табачных изделий и алкогольных напитков.

9. Было бы неправильно предполагать, что индустриализация, совершенствование медицинской техники или регулирование рождаемости решат все социальные проблемы и проблемы, связанные с охраной здоровья женщин. Однако при этом крайне важное значение имеет то, как учитываются интересы женщин при разработке политики в этих областях и в какой степени женщины участвуют в процессе принятия директивных решений и влияют на него.

10. Развитие и индустриализация могут приводить как к положительным, так и к отрицательным последствиям для женщин. Во всех странах национальная экономика стала зависеть от массового участия женщин в производстве. Мало внимания уделяется влиянию дополнительной рабочей нагрузки и воздействию специфических вредных условий труда на здоровье женщины или воздействию этих факторов на здоровье и благосостояние их семей. При создании капиталоемких предприятий зачастую не предусматриваются процедуры заключения коллективного договора и надлежащих мер охраны труда: это сказывается на здоровье женщин, например, в Азии, в бассейне Карибского моря и Центральной Америке, где на предприятиях, ориентированных на экспорт, все шире используется труд женщин 5/.

5/ См. "Эффективная мобилизация женщин для участия в развитии: доклад Генерального секретаря" (A/33/238 и Corr.1), пункты 94-96.

С. Значение охраны здоровья женщин

11. Женщины, как и мужчины, подвергаются всему многообразию свойственных человеку заболеваний, однако в связи с возложенной на женщин ролью продолжательницы рода, тяжелой рабочей нагрузкой как в сельских, так и в городских районах и, как правило, более низким общественным положением женщины сталкиваются со многими дополнительными проблемами, связанными со здоровьем. Кроме того, женщины подвергаются побоям в семье, сексуальной эксплуатации и насилию.

12. Существует тесная связь между недоеданием и инфекционными заболеваниями. Заболевания, вызванные плохим питанием и условиями жизни, такие как анемия, заболевания щитовидной железы, а также нарушение обмена веществ, а также истощение, имеют намного более серьезные последствия для женщин и могут отрицательно повлиять на плод в период беременности. По роду своей деятельности женщины могут заразиться при уходе за больными и оказаться переносчиками заболеваний. Загрязнение окружающей среды, радиация и ядовитые химические вещества могут оказывать опасное воздействие на женщин, особенно в период беременности. Эти факторы, наряду с выполняемой женщиной ролью подготовки детей к жизни в обществе, ставят ее в тяжелое положение, которое может привести к хроническому недомоганию, напряжению и другим психосоциальным проблемам, которые сказываются на семье и обществе в целом.

13. Подход к охране здоровья женщин должен быть комплексным, динамичным, он должен учитывать изменение их потребностей в течение всего периода жизни, изменение роли женщин как в семье, так и за ее рамками и социально-экономические перемены в обществе.

Д. Традиционные показатели положения в области здравоохранения

14. В целом средняя продолжительность жизни женщин больше, чем у мужчин, что, возможно, объясняется генетическими особенностями и меньшей вероятностью гибели в результате несчастных случаев на транспорте и производстве, сердечных, легочных и раковых заболеваний 6/. Однако среди женщин может наблюдаться более высокий коэффициент заболеваемости, что вызвано выполняемой ими ролью продолжательницы рода и, как правило, более низким положением в обществе 7/.

6/ Некоторые последние исследования указывают, однако, на то, что женщины более склонны к поведению "типа А" (то есть к напряженному, агрессивному и беспокойному образу жизни), к коронарным заболеваниям и гипертонии; см. Ingrid Waldron, "Coronary-prone behaviour patterns, blood pressure, employment and socio-economic status in women", Journal of Psychosomatic Research, vol. 22, pp. 79-87.

7/ См., например, раздел, озаглавленный "Women and health" в The International Journal of Health Services (1975).

15. На основе статистических данных о смертности и продолжительности жизни невозможно дать полную оценку плохого положения в области здравоохранения. Более точными показателями относительного состояния здоровья мужчин и женщин с точки зрения эпидемиологических последствий и выявления основных требующих решения проблем в области здравоохранения могут быть коэффициенты заболеваемости. Сложным вопросом является определение пороговых показателей заболеваемости и сбор данных 8/.

16. Намечившееся снижение детской и материнской смертности в развивающихся странах, возможно, является результатом расширения доступа к медико-санитарной помощи и расширения деятельности в области общественного здравоохранения. Некоторые социально-экономические процессы, наносящие ущерб здоровью и характерные для недостаточного развития, протекают; по-видимому, одновременно и могут поставить под угрозу любые достижения в области здравоохранения 9/. Такие процессы, как быстрый рост населения, бурная миграция сельского населения в города, безработица и неполная занятость, обостряют проблемы в области общественного здравоохранения, способствуя разрастанию трущоб, перенаселенности, распространению инфекционных заболеваний, проституции, алкоголизму и наркомании 10/.

17. Планированию и осуществлению программ в области охраны здоровья женщин мешают бытующие в той или иной культуре стереотипы в отношении женщин, с одной стороны, и непризнание особенностей конституции мужчин и женщин - с другой. Проводимые программы, направленные на удовлетворение особых потребностей женщин и укрепление их здоровья, не рассматриваются в качестве первоочередных задач в бюджетах и политике большинства правительств. Необходимо срочно признать внутреннюю взаимосвязь между здоровьем женщин и социально-экономическим развитием, что имеет большое значение для равенства и для мира.

8/ Например, ВОЗ установила пороговую точку для анемии при беременности (11 грамм гемоглобина на децилитр), однако не все страны придерживаются этого показателя.

9/ Asa Christina Laurell et al., "Disease and rural development: a sociological analysis of morbidity in two Mexican villages", The International Journal of Health Services, vol. 7, No. 3 (1977).

10/ Эта тенденция подтверждается документально результатами многочисленных исследований; см., в частности, J. Gugler and W. G. Flanagan, Urbanization and Social Change in West Africa (Cambridge, Cambridge University Press, 1978); F. Sai, "Special nutritional considerations in the urban and peri-urban setting", in J. H. Beaton and J. M. Bengoa, eds., Nutrition in Preventive Medicine. Major Deficiency Syndromes, Epidemiology and Approaches to Control, World Health Organization Monograph Series No. 62 (Geneva, 1976).

I. ОБЗОР ПРОГРЕССА, ДОСТИГНУТОГО С 1975 ГОДА:
АНАЛИЗ ОТВЕТОВ СТРАН

A. Тенденции в области охраны здоровья женщин

1. Показатели средней продолжительности жизни, материнской и детской смертности

18. Как правило, положение дел в стране в области здравоохранения определяется коэффициентом детской смертности, однако не менее важным показателем является коэффициент материнской смертности, в связи с тем, что он является показателем смертности среди молодых женщин фертильного возраста, а также в связи с той ролью, которую играют женщины в обеспечении питанием своих детей, сохранении их жизни, в обеспечении средств к существованию и в подготовке членов семьи к жизни в обществе. Материнская смертность является также показателем состояния здоровья женщин, т.к. она не только отражает важность роли женщины как продолжательницы рода, но и уровень медицинского обслуживания при родах 11/.

19. В результате снижения коэффициента детской смертности увеличивается средняя продолжительность жизни. Однако, на общий коэффициент смертности может оказывать воздействие возрастной состав населения. Проведенные оценки указывают на возможное увеличение общего коэффициента смертности с 9,2 (1970-1975 годы) до 9,4 (1975-1980 годы) в более развитых странах, и снижение этого показателя с 13,2 до 12,0 в наименее развитых странах 12/.

20. Некоторые страны не представили информации по средней продолжительности жизни, материнской и детской смертности, и поэтому в качестве этих данных использовались официальные оценки 13/. Отмечалось значительное колебание показателей по сельским и городским районам и по различным социально-экономическим и этническим группам.

11/ S. Preston and F. Weed, Causes of Death Responsible for International and Intertemporal Variation in Sex Mortality Difference; World Health Statistics Report, vol. 29, No. 3 (Geneva, 1976), pp. 144-163.

12/ World Population Trends and Prospects by Country, 1950-2000: Summary Report of the 1978 Assessment (ST/ESA/SER.R/33).

13/ Использовались, в частности, следующие источники: World Population Trends and Prospects by Country...; Demographic Year Book, 1977 (United Nations publication, Sales No. E/F.78.XIII.1); World Health Statistics, Annual, 1978; vol. I, Vital Statistics and Causes of Death (Geneva, WHO, 1978).

21. В отношении региона деятельности Экономической комиссии для Африки были представлены следующие данные. Гана представила две оценки, в соответствии с которыми средняя продолжительность жизни женщин составила в 1974 году 46 лет, а в 1977 году - 52 года. Заир сообщил о росте средней продолжительности жизни женщин городских районов и женщин, занимающих самое высокое социально-экономическое положение. Того сообщило, что средняя продолжительность жизни городских женщин составляла в 1975 году 56 лет, а сельских женщин - 48 лет и что при этом наблюдалось значительное различие в коэффициентах материнской смертности среди городского и сельского населения (43 и 85 на 100 000 живорождений в 1975 году). Гана сообщила, что в период между 1969 и 1977 годами детская смертность снизилась со 133 до 120 на 1 000 живорождений. В целом по региону коэффициент детской и материнской смертности оставался, как правило, очень высоким; лишь Маврикий сообщил, что коэффициент детской смертности был ниже 50 на 1 000 живорождений (48,7 в 1975 году и 33,8 в 1978 году).

22. Ответы стран, относящихся к региону деятельности Экономической комиссии для Азии и Тихого океана (ЭСКАТО), указывают на широкое колебание показателей средней продолжительности жизни: с 42 в Непале в 1978 году до 78 в Японии в 1977 году. Об увеличении общего показателя средней продолжительности жизни сообщили Австралия, Индия, Непал, Новая Зеландия, Сингапур, Филиппины, Япония. Средняя продолжительность жизни женщин была выше, чем у мужчин, за исключением Индии и Непала 14/. Заметна была также разница между показателями по сельским и городским районам. В Папуа-Новой Гвинее средняя продолжительность жизни женщин увеличилась с 48,9 до 51,7 в сельских районах и с 58,7 до 60,8 - в городских.

23. Новая Зеландия сообщила, что средняя продолжительность жизни составила в этой стране в 1978 году 74,6, однако заявила, что этот показатель в отношении женщин маори был на десять лет ниже, чем для женщин, не относящихся к этой этнической группе, и что в то время как коэффициент детской смертности среди других групп населения продолжал снижаться, он несколько возрос среди маори. Япония сообщила о снижении детской смертности в период 1975-1977 годов с 10 до 9 на 1 000 живорождений. По сообщениям Индии и Непала, данный коэффициент в этих странах превысил 120. Индия сообщила, что, по оценочным данным, коэффициент детской смертности составил в 1972 году 130 на 1 000 живорождений, причем величина этого коэффициента

14/ Глобальные оценки во всемирном масштабе указывают, что средняя продолжительность жизни мужчин выше, чем у женщин в Индии, Пакистане и Сабахе (Малайзия) и незначительно выше или одинакова в Бангладеш, Верхней Вольте, Иране и Папуа-Новой Гвинее. Demographic Year Book. op.cit.

колебалась от 80 на 1 000 живорождений в городских районах до 150 на 1 000 - в сельских районах. Шри Ланка сообщила, что в 1975 году коэффициент материнской смертности был равен 120 на 100 000 живорождений (по данным Организации Объединенных Наций в 1968 году этот коэффициент был равен 179,3 на 100 000) 15/.

24. Данные о средней продолжительности жизни, представленные 8 странами Экономической комиссии для Латинской Америки (ЭКЛА), колебались от 45 (Боливия) до 76 (Куба) в 1975 году. Различия показателей определялись в большей степени социально-экономическим положением, чем различиями условий жизни сельского и городского населения. Гондурас, например, сообщил, что разница между коэффициентами средней продолжительности жизни женщин, проживающих в сельских и городских районах составила 11 лет (50 и 61), в то время как средняя продолжительность жизни женщин, занимающих высокое и низкое экономическое положение, отличалась на 18 лет (соответственно, 66 и 48).

25. Куба сообщила о сокращении коэффициента детской смертности в этой стране на 22,3 на 1 000 живорождений; Аргентина сообщила о неоднородном снижении детской смертности в период 1970-1976 годов (с 31 до 29 - в городских районах и со 129 до 83 - в сельских районах). Перу и Венесуэла сообщили о снижении детской смертности, в то время как данные, поступившие от Парагвая, свидетельствуют об увеличении этого показателя. В целом материнская смертность снизилась 16/. Венесуэла сообщила о снижении на 22 процента материнской смертности за период 1970-1974 годов (с 90 до 70 на 100 000 живорождений) в результате сокращения числа смертей, вызванных инфекционными заболеваниями (60 процентов), заражением крови (22 процента), абортами (21 процент) и кровотечениями (15 процентов).

26. Данные по региону Экономической комиссии для Западной Азии (ЭКЗА) были взяты из официальных статистических сводок. Средняя продолжительность жизни женщин в регионе ЭКЗА составляла в 1970-1975 годах 51,6 года, и как ожидается, она достигнет 53,9 года в 1975-1980 годах (средний вариант) 17/. По оценке, детская смертность снизилась в Кувейте, однако возрасла в Ираке 16/.

27. В регионе Экономической комиссии для Европы (ЭКЕ) средняя продолжительность жизни женщин была выше, чем у мужчин, и в большинстве стран составляла более 75 лет. Турция сообщила об увеличении средней продолжительности жизни женщин за период 1970-1975 годов с 59,9 до 62,8. Коэффициент детской смертности в 1977-1978 годах

15/ Это свидетельствует о снижении показателей по сравнению с 1968 годом; см. Demographic Year Book, 1978

16/ Demographic Year Book, 1978

17/ World Population Trends and Prospects by Country ..., pp.65 and 60.

колебался с 7,7 на 1 000 живорождений в Швеции до 31,2 - в Румынии. В семи странах коэффициент был ниже 12 (Дания, Исландия, Нидерланды, Норвегия, Соединенные Штаты Америки, Финляндия и Швеция). Турция сообщила, что коэффициент детской смертности в сельских районах был выше, чем в городских (11,9 по сравнению с 16,1 на 100 000 живорождений).

28. Ответы свидетельствуют о сокращении коэффициентов детской и материнской смертности и об увеличении средней продолжительности жизни женщин, что соответствует оценкам, проведенным в мировом масштабе 18/. Такие обобщения, однако, маскируют сохраняющиеся на прежнем уровне и даже ухудшающиеся показатели в отношении некоторых групп и затушевывают положение с тяжелыми заболеваниями женщин. Существуют значительные различия в показателях средней продолжительности жизни женщин в различных странах: от 32 лет в Сьерра-Леоне до 79 лет в Исландии - и значительные колебания коэффициентов детской и материнской смертности как между странами, так и внутри их.

2. Сопоставление состояния здоровья мужчин и женщин

29. Некоторые страны основывали свои ответы на более высоких показателях средней продолжительности жизни женщин, что может быть справедливо для развитых стран. Однако другие страны исходили из того, что состояние здоровья связано с уровнем медицинского обслуживания, предоставляемого женщинам.

30. Четыре страны из региона ЭКА заявили, что состояние здоровья женщин, особенно в сельских районах, хуже состояния здоровья мужчин, что объясняется более тяжелой работой, слабым медицинским обслуживанием в сельских районах и отсутствием технических средств, облегчающих работу женщин. Сьерра-Леоне, например, указала, что состояние здоровья женщин хуже, поскольку они работают более продолжительное время, а выполнение функции деторождения делает их более уязвимыми; они не могут свободно пользоваться медицинской помощью, уровень их образования ниже и они в большей степени связаны традициями.

31. Из стран региона ЭСКАТО Индия сообщила, что состояние здоровья женщин хуже, чем у мужчин по следующим причинам: недостаточная осведомленность об имеющихся медицинских услугах, ранние браки и частые беременности, тяжелый ручной труд и предрассудки, мешающие обращаться за консультациями по вопросам регулирования размеров семьи. Австралия привела данные обзора заболеваемости в 1977-1978 годах, который выявил более высокие показатели костных и мышечных заболеваний, заболеваний, связанных с питанием и обменом веществ, мочеполовых расстройств (исключая беременность) у женщин по сравнению с мужчинами.

18/ Ibid, pp. 62 and 57.

32. Из стран региона ЭКЛА Куба указала, что состояние здоровья женщин лучше, поскольку им уделяется особое внимание. Гондурас заявил, что если исходить из средней продолжительности жизни, то состояние здоровья женщин лучше, чем у мужчин. Другие ответы указывали на то, что состояние здоровья женщин по сравнению с мужчинами хуже. Парагвай указал недостатки питания и функцию деторождения в качестве крупных проблем женщин. Перу подчеркнула недостаточность медико-санитарного обслуживания, в то время как Колумбия указала фертильный возраст (15-45 лет) в качестве наиболее уязвимого периода в жизни женщин. Аргентина привела данные в отношении ряда заболеваний, которые более часто встречаются среди женщин, в том числе артрита, заболеваний опорно-двигательной системы, анемии, диабета, заболеваний желчного пузыря и рака кишечника.

33. Страны ЭКЗА в общих выражениях указали, что состояние здоровья женщин неизменно находится на низком уровне. Ливан указал на более низкий уровень здоровья женщин, в частности беременных и кормящих матерей, в сельских и прилегающих к городам районах, что связано с частыми беременностями, тяжелыми домашними и сельскохозяйственными работами, анемией вследствие недоедания и отсутствием центров охраны здоровья матерей.

34. В регионе ЭКЕ восточноевропейские страны подчеркнули равное положение женщин и мужчин в том, что касается медицинского обслуживания и состояния здоровья. Федеративная Республика Германии указала на обзоры 1976-1977 годов, показавшие, что с точки зрения конкретных заболеваний среди женщин наблюдается более высокая заболеваемость астмой, опорно-двигательных, мочеполовых и психических расстройств. Кипр, Румыния и Соединенные Штаты Америки, основываясь на показателях средней продолжительности жизни, считали, что у женщин по сравнению с мужчинами уровень здоровья выше.

35. При оценке различий в состоянии здоровья мужчин и женщин было бы желательно собирать данные и разрабатывать показатели, которые отражали бы различия в уровнях заболеваемости между полами и в доступности медицинского обслуживания для мужчин и женщин. Одно из исследований ВОЗ по этому вопросу показало, что "в каждой стране имеется две четко различимые группы населения - мужчины и женщины, для которых характерны, зачастую весьма различные, уровни заболеваемости и смертности" 19/.

36. Региональное подготовительное совещание стран ЭКЗА к Всемирной конференции в рамках Десятилетия женщины Организации Объединенных Наций, 1980 год, также сообщило о трудностях, испытываемых странами в представлении запрошенных данных, и подчеркнуло необходимость

19/ E. Royston, "Statistical enquiry: on female mortality" (World Health Organization assignment report, 1977).

привлечения регионов к разработке упрощенных вопросников для обеспечения новейшей информацией по специальным проблемам и потребностям женщин и программам по этим вопросам (см. E/ECWA/SHDS/CONF. 4/7).

37. Необходимо разработать простые индексы для использования на уровне деревень. Если существует значительный разрыв между полами с точки зрения состояния здоровья, могут потребоваться другие виды данных об объеме работы, питания, опасностях для здоровья и о заболеваниях, характерных для того или иного пола. Более важным является установление на более ранних этапах заболеваемости среди уязвимых групп женщин, постоянное наблюдение за различиями в показателях по женщинам, проживающим в селе и городе, а также за тенденциями в структуре заболеваний в этих районах.

38. Имеющиеся данные подчеркивают потребности женщин в специальном медицинском обслуживании и сохраняющееся значительное неравенство в уровнях смертности в сельских и городских районах между женщинами различных социальных слоев и между странами, находящимися на различных этапах развития. Это неравенство продолжает существовать несмотря на общее улучшение положения по этим трем показателям.

В. Специфические проблемы здоровья женщин

Г. Беременность и деторождение

39. Фертильный период в жизни женщины занимает значительную часть ее сознательной жизни. Начало менструаций, деторождение и климакс являются нормальными функциями, однако в условиях хуже оптимальных эти функции вызывают особые проблемы для здоровья женщин. Беременность не только вызывает для матерей проблемы питания. Она может осложняться кровотечением, заражением крови, инфекцией и абортом, которые могут приводить к заболеванию или даже смерти матери и/или ребенка. В некоторых развивающихся странах смерть вследствие родов является одной из основных причин смертности среди женщин фертильного возраста.

40. В качестве общих факторов риска, увеличивающих вероятность неудачного исхода беременности, были определены частые беременности, беременность в начале и в конце фертильного возраста, предшествующий выкидыш и недостаточное питание 20/. Такие традиции культуры, как круговое сечение, могут также приводить к осложнениям для здоровья. Уровень смертности по всем причинам повышается с увеличением числа детей после того, как женщина родила своего третьего ребенка 21/.

41. С сокращением фертильности и увеличением средней продолжительности жизни женщины часть жизни женщины, затрачиваемая на исполнение функции деторождения, обычно сокращается, однако многие из них страдают хроническими недомоганиями и расстройствами в результате таких проблем, как опущение органов, недостаточное питание и анемия. Как в развитых, так и в развивающихся странах женщины склонны считать эти симптомы своей участью и не стремятся обращаться за лечением либо в силу того, что в имеющихся медицинских учреждениях обеспечивается лечение только более острых заболеваний, либо в связи с тем, что они не могут оставить работу или опасаются дискриминации при найме. Поэтому многие хронические заболевания так и не лечатся.

42. Беременность девочек-подростков является социальной и медицинской проблемой как в развитых, так и в развивающихся странах 22/. В некоторых странах девушки выходят замуж и начинают рожать детей в более раннем возрасте. В Бангладеш, Индии и Непале около 70 процентов девушек выходят замуж в возрасте от 15 до 20 лет. В некоторых

20/ Risk Approach for Maternal and Child Health Care, World Health Organization, Offset Publication No. 39 (Geneva, 1979).

21/ Kitagawa and Hauser, quoted in S. Preston and J. Weed, op. cit., pp. 144-163.

22/ A. Parkes, et.al, eds., "Fertility in adolescence", Journal of Biosocial Science, Supplement No. 5 (1978).

странах не состоящим в браке девушкам-подросткам, которые стоят перед проблемой нежелательной беременности, приходится делать выбор между вынужденным браком, абортом, отказом от ребенка или его воспитанием в одиночестве 23/. На девушек-подростков приходится подавляющая часть абортов, и среди них больше абортов на поздних сроках, которые связаны с большим риском 24/.

2. Обычаи культуры, влияющие на здоровье женщин

43. Наряду с признанием положительного влияния многих традиций, касающихся здоровья женщины, следует обращать внимание на некоторые обычаи культуры, которые имеют отрицательные последствия. Навязывание поста в период беременности может приводить к нехватке веществ, необходимых для матери и ребенка. Традиционная акушерская практика, включающая, например, использование антисанитарных методов и стимулирование родов, может иметь неблагоприятные последствия как для матери, так и для ребенка.

44. Было обнаружено, что молоко матери в первые три или четыре дня после родов (молозиво) является для новорожденного богатым источником питательных веществ и антител. В некоторых странах, даже в тех, где кормление грудью является обычной практикой, считается, что этот жизненно важный продукт является вредным, и иногда в этот период кормление грудью не ведется 25/.

45. "Обрезание" и инфибуляция у женщин может приводить к осложнениям во время беременности. На второй региональной конференции по вовлечению женщин в процесс развития, проходившей в Лусаке с 3 по 7 декабря 1979 года, была осуждена практика проведения подобных операций на половых органах, однако была также высказана критика по поводу неподготовленных кампаний, проводимых в различных странах против этой практики. Кроме того, конференция обратилась с призывом к правительствам и женским организациям стран Африки искать пути решения этой проблемы.

23/ Проблемы охраны здоровья подростков: серия технических докладов ВОЗ № 609 (Женева, 1977 год).

24/ Беременность и аборт у подростков: серия технических докладов ВОЗ № 583 (Женева, 1979 год).

25/ Valerie Hull, "Women, doctors, and family health care: some lessons from rural Java", Studies in Family Planning, vol.10, No. 11 (November 1979).

3. Условия и образ жизни

46. Плохие условия, низкий уровень санитарии, не отвечающие требованиям гигиены или недостаточное водоснабжение, перенаселенность и недостаточное питание являются важными причинными факторами широкого распространения инфекционных заболеваний. Помимо этого, роль, которую играют женщины в приготовлении пищи, уход за больными, воспитание детей и их участие в приеме родов в качестве традиционных акушеров означают, что они также могут становиться переносчиками заболеваний. Состояние здоровья и роль женщины непосредственно связаны с такими основными причинами детской смертности, как поносы и кахексия 26/. Профилактику столбняка, от которого страдают как матери, так и дети, можно осуществлять путем иммунизации матери до родов 27/.

47. Картина заболеваний в промышленно развитых обществах свидетельствует о преобладании хронических и дегенеративных заболеваний в отличие от инфекционных и эпидемических заболеваний, характерных для развивающихся стран. Парадоксально, что социальные перемены в развивающихся странах, в том числе повышение среднего возраста населения и изменения в образе жизни, могут создавать картину заболеваний, которая в настоящее время более характерна для развитых стран и которая, например, включает сердечно-сосудистые заболевания, рак, заболевания, связанные с чрезмерным напряжением, рост потребления наркотиков, алкоголя и табачных изделий и воздействие экологической токсичности и загрязнения окружающей среды промышленностью 28/.

48. Проблемы использования медикаментозных препаратов зачастую рассматриваются только с точки зрения привыкания к наркотикам и наркомании, однако основные медицинские проблемы связаны с чрезмерным использованием и злоупотреблением терапевтическими препаратами и такими социально приемлемыми наркотиками, как алкоголь и табак. В развивающихся странах еще не разработан надлежащий законодательный механизм для контроля за безответственной рекламой продажи и "демпингом" медицинских препаратов международными производителями медикаментов. Установлена связь между употреблением алкоголя, курением и приемом наркотических средств и низким весом ребенка при рождении, а также

26/ Кахексия является крайней формой алиментарной дистрофии, которая в развивающихся странах зачастую связана с ранним прекращением кормления грудью.

27/ Заражение столбняком происходит в результате применения антисанитарных методов во время принятия родов и при обрезании пуповины. См., например, S. Chen, "Tetanus neo-natorum in West Malaysia", Journal of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 77.

28/ A.R. Omran, "The epidemiological transition; a theory of the epidemiology of population change", Millbank Memorial Fund Quarterly, vol. XLIX, No. 4 (1971), part one, p. 509.

/...

с другими явлениями, от которых страдает плод 29/. Последние тенденции указывают на то, что в некоторых развитых странах по мере увеличения числа курящих женщин количество заболеваний раком легких среди женщин в некоторых случаях увеличивались более быстрыми темпами, чем среди мужчин 30/. Некоторые развитые страны указывали на проблемы использования и злоупотребления наркотиками. Канада отметила "чрезмерное потребление медицинских препаратов женщинами" и попытки вести среди молодежи пропаганду курения, в то время как некоторые другие страны, как, например, Австралия и Соединенные Штаты Америки, указывали на необходимость просветительной работы по вопросам охраны здоровья для борьбы с курением.

49. На здоровье женщины могут отражаться массовая миграция и демографические диспропорции. Нехватка средств и отсутствие возможностей в области занятости могут приводить к миграции семей, а иногда - только мужчин или женщин в зависимости от общества, в котором они живут. Во многих случаях результатом этого является разрушение семьи, подрыв традиционных систем, обеспечения семьи и необходимость для женщин брать на себя бремя обеспечения семьи в одиночку, что увеличивает их объем работы и создает дополнительную угрозу для их здоровья.

4. Влияние технологии

50. В то время как соответствующая технология и средства, позволяющие сократить затраты труда, помогают снизить рабочую нагрузку женщин, быстрый прогресс в области промышленной и медицинской технологии в глобальном масштабе вскрывает новые проблемы в области здравоохранения. Особенно необходимо продолжить исследование последствий использования новых препаратов и методов при лечении, а также химических и физических последствий внедрения новых промышленных процессов, воздействию которых женщины подвергаются дома и на работе, а также изучение окружающих условий. Загрязнение воздуха, пищевых продуктов и воды химическими и радиоактивными отходами сказывается на населении в целом, однако вследствие выполняемой ими функции деторождения женщины могут являться особо уязвимой ею категорией.

51. При отсутствии должной статистической основы трудно определить в полной мере ту степень, в которой биологические различия между мужчинами и женщинами предрасполагают женщин к большему риску в

29/ По этому вопросу имеется определенная документация, например: P. Rothstein and J.B. Gould "Born with a habit: infants of drug addicted mothers", Pediatric Clinics of North America, vol. 21 (1974), p. 307.

30/ F. Foster, Sex Differentials in Cancer Mortality and Morbidity, World Health Statistics Quarterly, vol. 31, no. 4 (Geneva, 1978).

случае, когда они подвергаются тем же профессиональным опасностям, что и мужчины. Существует проблема того, что такие различия могут быть использованы в качестве предлога для дискриминации в отношении женщин. Многие виды работ, на которых принимают преимущественно женщин, связаны с особыми опасностями, которые в силу этого имеют большее значение для женщин. Если речь идет о беременных женщинах, то наибольший ущерб плоду наносится в первые три месяца - зачастую до установления беременности. Кроме того, важно признать, что процессы, вредные для плода или для женщин, могут также являться вредными и для мужчин 31/.

52. Там, где условия труда могут отрицательно влиять на способность женщины к деторождению или на плод во время беременности, эту проблему нельзя решать путем такой дискриминационной практики в отношении женщин, как отказ от найма женщин. Социальная и промышленная политика должна обеспечивать безопасные условия труда для всех.

5. Насилие по отношению к женщинам

53. В последнее время как в развитых, так и в развивающихся странах внимание было сосредоточено на насилии в семье и насилии по отношению к детям. В большинстве случаев жертвами изнасилования и других преступлений по сексуальным мотивам, равно как и жертвами насилия в семье, являются женщины. Многие женщины не обращаются за помощью из-за страха огласки и чувства вины за то, что они в какой-то степени сами вызвали нападение, а также из-за неуверенности в том, что вмешательство полиции окажется эффективным 32/. Имеются случаи, когда из-за запугивания дети не сообщают о преступлениях, если не было нанесено очевидного физического повреждения.

54. Необходимо выявить основные причины насилия и наиболее эффективные пути борьбы с насилием и изнасилованиями. Женщина должна иметь экономическую поддержку, позволяющую ей уйти из семьи, в которой она подвергается жестокому обращению. Стереотипные роли мужчины и женщины и более низкое положение женщины в семье и обществе создают условия, которые предрасполагают к насилию против женщин; экономическая и социальная зависимость не позволяет ей принимать эффективные меры. Во многих странах женские организации оказывают помощь женщинам и детям, являющимся жертвами насилия в семье 33/. В своих ответах две страны - Австралия и Индия - особо указали на правительственные центры, обеспечивающие чрезвычайную помощь женщинам и их детям в этих обстоятельствах.

31/ Исследовался вопрос о влиянии анестетических газов на увеличение числа выкидышей, врожденных дефектов и бесплодия у женщин, работающих в операционных. Одно из последних сообщений по этому вопросу содержится в P.J. Tomlin, "Health problems of anaesthetists and the families in the West Midlands, British Medical Journal, No. 6166 (March 1979), pp. 779-784.

32/ J.R. Evrard and E.M. Gold, Epidemiology of sexual assault victims, Obstetrics and Gynaecology, vol. 53, No. 3 (March 1979), pp. 381-387.

33/ E. Pizzey, Scream Quietly or the Neighbours will hear (Harmondsworth, Tuddieex, Penguin Books, Ltd., 1974). See also "International self help movements, /... women and health", Isis, vol. 8 (1978).

С. Улучшение медицинского обслуживания

55. Около 80 процентов врачей в мире работают в крупных городах, однако большая часть мирового населения проживает в сельских районах. В развивающихся странах доля населения, проживающего вблизи от какого-либо медицинского учреждения, составляет менее 15 процентов 34/. У 60-80 процентов беременных женщин в развивающихся странах роды принимают повивальные бабки 35/. Основная часть бюджета здравоохранения стран тратится на сложные виды лечения заболеваний с использованием совершенной технологии, что приводит к росту разрыва между возможностями получения медицинского обслуживания, которые имеются у зажиточных и бедных слоев населения. Обращению к услугам специалистов могут мешать финансовые соображения. Специалисты-врачи сосредоточены в городах и, как правило, они мигрируют из менее развитых в более развитые страны 35/.

56. На Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, проведенной в Алма-Ате, были предприняты усилия для поиска путей повышения уровня всеобщего медицинского обслуживания. В целом, в Алма-Атинской декларации говорится, что "основной социальной задачей правительств, международных организаций и всей мировой общественности ... должно быть достижение всеми народами мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. Первичная медико-санитарная помощь является основным инструментом в решении данной задачи, составляющей часть развития ..., которая включает, как минимум: просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения и методам их предупреждения и разрешения; содействие обеспечению рационального питания, доброкачественного водоснабжения и проведению основных санитарных мер; охрану здоровья матери и ребенка, в том числе планирование семьи; иммунизацию против основных инфекционных заболеваний; профилактику эндемических в данном районе болезней и борьбу с ними; соответствующее лечение распространенных заболеваний и травм; и обеспечение основными лекарственными средствами" 36/.

57. Обеспечение охраны здоровья матери и ребенка является необходимым исходным пунктом для повышения уровня медицинского обслуживания и улучшения здоровья женщин. Для этого требуется многоотраслевой

34/ M.McHale and J.McHale, Children in the World Today (Houston, Houston University, 1979).

35/ Traditional Birth Attendants (Geneva, World Health Organization, 1978), p. 7.

36/ Первичная медико-санитарная помощь. Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 1978 год.

подход, включающий услуги медицинских специалистов, деятельность общинных и правительственных учреждений по различным вопросам, включая государственное здравоохранение, социальное попечение, образование и сельское хозяйство.

58. Страны всех регионов указали на то, что предпринимались усилия по активизации, расширению и совершенствованию медицинского обслуживания, особенно в сельских районах, с акцентом на охрану здоровья матери и ребенка. Ниже приводится общий обзор некоторых достижений с 1975 года.

59. Из стран региона ЭКА Сомали сообщила о подготовке большего числа акушеров, расширении услуг по охране здоровья матери и ребенка и медицинского обслуживания в школах, выделении для работающих матерей времени для кормления ребенка и защите беременных женщин в промышленности. Ливийская Арабская Джамахирия сообщила о введении бесплатного медицинского обслуживания, создании медицинских центров по охране здоровья матери и ребенка, которые также обеспечивают обязательную иммунизацию, и установлении контроля за развитием детей. Сьерра-Леоне сообщила о расширении клинического обслуживания и о проведении согласованной программы обеспечения первичной медико-санитарной помощи в сельских районах, в осуществлении которой принимают участие министерства здравоохранения, сельского хозяйства, образования и развития сельских районов. Женщин в настоящее время нанимают на работу на уровне деревень и на всех уровнях медицинского обслуживания.

60. Маврикий сообщил об усовершенствовании инфраструктуры здравоохранения, расширении первичной медико-санитарной помощи и услуг по охране здоровья детей, а также о подготовке вспомогательного медицинского персонала без отрыва от производства. Передвижные службы обеспечивали диспансеризацию, вакцинацию и лечение зубов, обслуживание беременных и работу по планированию размеров семьи. Ботсвана расширила свою программу первичного медицинского обслуживания, привлекая общины к предоставлению первичного медицинского обслуживания и созданию сельских больниц и медицинских пунктов.

61. Из стран региона ЭСКАТО Япония и Сингапур указали на надлежащий характер и должное использование медицинских услуг. Филиппины и Шри Ланка отметили широкое использование вспомогательного персонала, главным образом женщин, в деле совершенствования медицинского обслуживания в сельских районах. Бангладеш и Пакистан поощряли участие женских организаций и женских сельских кооперативов и подготовку кадров из числа женщин на уровне деревень. Индия разработала программы в области здравоохранения, направленные на:

- а) борьбу с инфекционными заболеваниями и их ликвидацию;

b) развитие лечебного и профилактического медицинского обслуживания;

c) расширение подготовки и переподготовки медицинского и вспомогательного персонала;

d) укрепление комплексов первичной медико-санитарной помощи в сельских районах.

62. Австралия и Новая Зеландия выразили озабоченность в отношении состояния здоровья коренного населения. Австралия приступила к осуществлению программы здравоохранения в общинах, которая должна охватить сельские районы, и осуществляла подготовку кадров медиков среди аборигенов. Она также предоставила средства для нескольких центров по охране здоровья женщин.

63. В регионе ЭКЗА Ливан сообщил о бурении скважин, что улучшит водоснабжение дополнительного числа деревень, о дальнейшей разработке системы центров первичной медико-санитарной помощи в сельских районах при содействии Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), а также о расширении мобильных служб. Ирак выразил надежду на то, что к 1985 году он обеспечит полный охват населения медицинским обслуживанием; Бахрейн сообщил о выделении средств на обеспечение ухода за престарелыми и защиту работающих женщин, особенно во время беременности, а также отметил, что теперь женщинам в рабочие часы выделяется время для продолжения кормления грудью.

64. В регионе ЭКЕ страны Восточной Европы подчеркнули, что их конституции гарантируют право на весь комплекс медицинских услуг, что включает сельские системы, связанные с районными специальными центрами. Они указали, что серьезное внимание уделяется охране здоровья женщин при предоставлении специальных льгот и помощи беременным женщинам и матерям. Например, Польша изложила принятый в 1970-1975 годах план, который предусматривает развитие системы медицинского обслуживания до 1990 года. Этот план предусматривает всестороннюю охрану здоровья матери и ребенка, наблюдение за детьми с малолетнего возраста до 18 лет наряду с медицинским уходом за ними дома и в школе. Югославия указала, что на каждые 7 500 женщин в возрасте от 15 лет приходится одна женская клиника. Скандинавские страны также сообщили о наличии всеобъемлющей сети услуг при наблюдении за здоровьем ребенка от рождения до достижения им сознательного возраста.

65. В Израиле в 1976 году медицинским страхованием было охвачено 90 процентов населения, в том числе 97 процентов еврейского и 65 процентов нееврейского населения. Услуги по охране здоровья матери и ребенка были включены в общую систему здравоохранения для обеспечения охраны здоровья на всех уровнях, включая лечение лиц, страдающих хроническими заболеваниями, инвалидов и престарелых. Турция заявила, что в 1978 году были приняты законодательные меры, с тем чтобы перевести всех врачей на государственную службу и ликвидировать частные клиники.

/...

66. Соединенные Штаты Америки сообщили о специальных программах, проводимых различными штатами в целях увеличения числа квалифицированного персонала, повышения уровня транспортного обеспечения системы скорой помощи и более широкого охвата медобслуживанием сельских районов, а также в целях охвата обслуживанием женщин, требующих особого наблюдения в городских и сельских районах. Канада и Соединенные Штаты Америки отметили, что некоторые группы, в частности коренное население, не получают необходимого медицинского обслуживания. В обеих странах с целью повышения уровня медицинского обслуживания ведется подготовка медицинского персонала из числа индейцев и эскимосов.

67. Существуют большие различия в доступности медицинских услуг на городском и сельском уровнях, в зависимости от социально-экономического положения, а также среди различных рас и меньшинств. Страны стараются сократить эти различия путем осуществления программ, предназначенных для меньшинств групп, подвергающихся наибольшему риску, а также для сельских районов. Они используют новаторские методы, такие, как создание передвижных клиник, а также расширяют подготовку традиционных акушеров, медицинского персонала на местах и из числа коренного населения. Помимо программ по охране здоровья матери и ребенка, некоторые страны сообщили о программах, предназначенных конкретно для женщин.

Д. Меры, направленные на совершенствование форм и расширение участия женщин в системе медицинского обслуживания

68. При разработке мер, направленных на совершенствование форм и расширение увеличения участия женщин в оказании медицинских услуг, следует принимать в расчет число привлеченных женщин и то, какие возможности они имеют для повышения своей квалификации, расширения сферы своей деятельности и равноправного участия на всех уровнях системы здравоохранения.

69. Женщины традиционно обеспечивают основную часть медицинских услуг не только в рамках семьи, но и в рамках общины в качестве акушерок и традиционных лекарей. Женщины составляют большинство медицинских работников, но в основном занимают посты на низком уровне. Посты, дающие власть и право принятия решений, обычно заняты мужчинами.

70. Неспособность западной модели медицинского обслуживания удовлетворить потребности населения в медицинских услугах, в особенности населения развивающихся стран, привела к переоценке той важной роли, которую играют традиционные лекари, и необходимости объединить современные и традиционные медицинские системы. Китай представляет собой пример такого успешного объединения; альтернативные модели разрабатываются в других странах, таких как Индия, Индонезия, Шри Ланка, Филиппины и Объединенная Республика Камерун ^{37/}. Традиционные акушерки обладают преимуществами в том плане, что они являются органической частью культуры и общины, в условиях которых они работают, и пользуются доверием, а, кроме того, их услуги легко доступны.

71. Однако более широкое привлечение женщин, являющихся традиционными лекарями, не следует считать решением вопроса о равноправном участии женщин в предоставлении медицинских услуг. Это может лишь узаконить передачу возрастающей ответственности за первичное медико-санитарное обслуживание женщин, которые и без того перегружены. Традиционные работники здравоохранения должны иметь возможности для получения новых знаний и изучения новых методов, для упрочения своего положения, для участия в процессе планирования и принятия решений, а также для выдвижения на более высокие должности, связанные с большей ответственностью.

72. Многие страны не смогли представить информацию об участии женщин по различным категориям за указанный период времени. Некоторые кате-

^{37/} См. The Promotion and Development of Traditional Medicine, World Health Organization, Technical Report Series No 622 (Geneva, 1978).

гории, например, вспомогательный медицинский персонал, не были четко определены, а такие категории, как акушерки, не были включены. В Новой Зеландии из-за законов, запрещающих дискриминацию по признаку пола, было невозможно получить данные о том, сколько мужчин и сколько женщин работают санитарями. Однако имеющиеся данные позволяют провести всеобъемлющее сопоставление тенденций.

73. Традиционная должность в системе здравоохранения, на которую принимаются женщины, — это должность медсестры. Во многих развитых странах более 95 процентов медсестер составляют женщины. В некоторых развивающихся странах, например, в регионе ЭКА, ограничения, связанные с особенностями культуры этих стран, и низкий уровень образования среди девушек ограничивают количество женщин, которые поступают на работу в качестве медсестер, хотя положение улучшается. Наиболее низкий процент женщин, занятых в качестве медсестер, в период 1975 и 1978 годов был отмечен в Того (соответственно 23 процента и 22 процента) и в Лесото (34 процента и 40 процентов). Лесото сообщило, что из общего числа обучающихся на медсестер 99 процентов составляют женщины, а Сьерра-Леоне заявила, что в стране повышается уровень образования женщин с целью увеличения процента женщин, работающих медсестрами.

74. В условиях быстрого расширения медицинского обслуживания и острой необходимости в квалифицированном персонале квалифицированные мужчины и женщины могут получить доступ к постам, занять которые в других условиях было бы трудно. Эти обстоятельства нашли отражение в ответе Маврикия, который отметил увеличение числа женщин в сфере здравоохранения, заявив, однако, что женщин предпочитают использовать в качестве санитарок, на работе в клиниках по регулированию рождаемости и в качестве периферийного персонала. Женщины составляли 17 процентов старшего персонала в 1975 году и 22 процента — в 1978 году. Как в 1975 году, так и в 1978 году женщины составляли 62 процента медсестер и 29 процентов вспомогательного медицинского персонала, однако количество женщин-гинекологов сократилось с 12 процентов до 8 процентов.

75. В регионе ЭКЗА Ирак предоставил данные только по государственным учреждениям, которые свидетельствуют о том, что женщины составляют 32 процента специалистов-медиков, 30 процентов врачей-терапевтов, 48 процентов медсестер и 71 процент фармацевтов. Ливан сообщил, что в участии женщин на высших уровнях произошли небольшие изменения, однако значительно увеличилось число вспомогательного женского персонала (с 50 процентов в 1975 году до 82 процентов в 1978 году), студенток медицинских учебных заведений (с 12 процентов до 16 процентов) и студенток, проходящих подготовку в области сангигиены (с 17 процентов до 50 процентов).

76. В регионе ЭСКАТО Бангладеш использует услуги женщин-организаторов при проведении программ регулирования размеров семьи на уровне деревень, руководство которыми обычно осуществляют мужчины. С целью увеличения количества учащихся женщин правительство Индии выплачивало

/...

им стипендии. В пятом пятилетнем плане Индии предусматривается качественное улучшение образования и подготовка медицинского персонала и более широкое использование общинных медицинских работников, которые в свою очередь будут передавать свои знания отдельным работникам на уровне деревень. Женщины составляли 20 процентов врачей, 91 процент медсестер и 24 процента от общего числа студентов-медиков.

77. Шри Ланка сообщила об увеличении количества женщин-врачей, медсестер, зубоврачебных медсестер, акушеров и добровольных работников, а также о расширении функций зубоврачебных медсестер и акушеров, которые будут выполнять работу на местах и заботиться об охране здоровья беременных женщин и детей (цифровых данных нет). В Папуа-Новой Гвинее 71 процент медсестер составляют женщины. Филиппины сообщили о подготовке "хилотс" (традиционных акушеров), увеличении количества женщин, работающих на общинном уровне, а также среди санитарного и медицинского персонала. С целью расширения круга ответственности медсестер была принята программа подготовки кадров, являющаяся частью финансируемого ВОЗ проекта по оказанию услуг в области регулирования рождаемости в сельских районах.

78. В Австралии женщины составляют свыше 80 процентов общей численности персонала в области здравоохранения, в том числе 96 процентов медсестер, свыше 85 процентов вспомогательного медицинского персонала и 17 процентов врачей-терапевтов (данных по другим категориям нет). Количество женщин-студенток медицинских учебных заведений за период 1975-1978 годов возросло с 31 процента до 35 процентов. В Новой Зеландии 22 процента руководящих должностей занимают женщины, а количество женщин-студенток медицинских учебных заведений в период 1977-1978 годов возросло с 42 процентов до 46 процентов.

79. Во всех странах, входящих в регион ЭКЛА, по которым имелись данные, женщины составляли свыше 95 процентов медсестер и от 80 до 95 процентов вспомогательного медицинского персонала. Количество женщин-студенток медицинских учебных заведений за период 1975-1978 годов возросло на Кубе с 30 процентов до 35 процентов, а в Перу с 15 процентов до 20 процентов. Согласно представленным данным в Перу, женщины занимали 5 процентов старших административных должностей, а на Кубе - 20 процентов.

80. В регионе ЭКЕ Венгрия, Польша и Румыния представили цифры, которые свидетельствуют о высоком проценте участия женщин в области здравоохранения и различном распределении мужчин и женщин по медицинским должностям. Румыния заявила, что в 1978 году женщины составляли 25 процентов гинекологов, 58 процентов - врачей-терапевтов, 88 процентов медсестер, 91 процент вспомогательного медицинского персонала и 68 процентов студентов-медиков.

81. Женщины составляют 4 процента гинекологов в Канаде, 10 процентов в Дании и 15 процентов в Соединенном Королевстве Великобритании и

/...

Северной Ирландии. Самый низкий процент женщин-медсестер отмечался на Кипре (67 процентов в 1978 году) и в Турции (23 процента в 1975 году). Швеция упомянула предложения о создании системы квот в тех случаях, если доля участия мужчин или доля участия женщин составляет менее 30 процентов. США сообщили о плане облегчения доступа женщин латиноамериканского происхождения к системе здравоохранения с тем, чтобы повысить эффективность медицинского обслуживания за счет двух языков и двух культур. Все страны сообщили о том, что количество мужчин-гинекологов выше, чем количество женщин.

82. Количество женщин, получающих медицинские и другие связанные со здравоохранением профессии, увеличивается, но до сих пор женщины заняты в основном во вспомогательных областях, таких как уход, техническое обслуживание, социальная и исследовательская деятельность. Большая часть стран, которые сообщили о поощрении участия женщин в области здравоохранения, упомянули именно об этих областях. Хотя фактическая дискриминация против женщин не отмечается, женщинам самим предстоит опрокинуть социальные преграды, мешающие им занять более высокие профессиональные должности. Увеличение числа женщин, обучающихся в медицинских учебных заведениях, по всей видимости уменьшит диспропорцию в медицинских профессиях в течение следующего десятилетия. Представленные США цифры показывают, что 27 процентов врачей-мужчин моложе 35 лет, а число женщин-врачей моложе этого возраста составляет 39 процентов.

83. Хотя обычно врачи-женщины стремятся к работе на окладе, в больнице и преподавательской деятельности, характер медицинской практики также может меняться. Была выражена некоторая озабоченность относительно количества женщин, которым удается закрепиться в медицине в некоторых западных странах (например, в Австралии, в Соединенном Королевстве и США), в которых высказываются опасения по поводу того, что процент отсева женщин может превышать процент отсева мужчин, а профессиональные знания женщин могут остаться без применения 38/. Были высказаны предложения о том, что прием женщин в медицинские учебные заведения следует ограничить. Несмотря на отсутствие юридических барьеров, предубеждения среди членов приемных комиссий (мужчин и женщин) и взгляды самих женщин могут повлиять на то, какие виды медицинской работы могут быть доступны для женщин.

38/ См. например I. Fett, Australian Medical Graduates in 1972, Medical Journal of Australia, Vol. I, 18 May 1974.

Е. Питание

84. Взаимосвязь между питанием и здоровьем имеет решающее значение для женщин. Надлежащее питание необходимо для нормального формирования таза в период полового созревания, для возмещения потери крови в период менструаций и для удовлетворения дополнительных потребностей организма в питании в период беременности. Серьезное недоедание может привести к задержке полового созревания, нарушать менструальный цикл и стать одной из причин бесплодия. Серьезное негативное воздействие на женщин, особенно в период беременности, могут оказывать традиционные обычаи, которые препятствуют потреблению достаточного количества белков и витаминов, а также экологические факторы такие, как нехватка йода. Хорошее питание матери в период беременности способствует тому, что роды проходят благополучно как для матери, так и для ребенка. В исследовании, проведенном Всемирной организацией здравоохранения, была показана взаимосвязь между процентом смертности детей в предродовой, родовой и послеродовой период и социально-экономическим положением матери 39/.

85. Женщина также играет стратегически важную роль в производстве, обработке, распределении, приготовлении и потреблении пищевых продуктов. Поэтому важно, чтобы женщины привлекались к принятию решений на всех уровнях по вопросам, связанным с продовольствием и питанием, а также к просветительной работе по вопросам питания.

86. В развивающихся странах кормление грудью и промежутки между рождением детей являются главными факторами, способствующими выживаемости детей. Второй пик смертности среди детей приходится на период отнятия ребенка от груди. Грудное молоко является самым дешевым и наилучшим источником питания для младенца, оно предохраняет его от гастроэнтерита и аллергии на различные продукты, снабжает материнскими антителами и является важнейшим фактором, способствующим отсрочке возвращения овуляции и способности к оплодотворению 40/. Среди детей, которых рано отнимают от груди, отмечается более высокий процент инфекционных заболеваний, истощения и смертности. Таким образом, надлежащее питание матери, которая кормит своего ребенка грудью, является чрезвычайно важным как для ребенка, так и для ее самой.

39/ Main Findings of the Comparative Study of Social and Biological Effects of Perinatal Mortality, World Health Statistics Quarterly, vol. 31, No.1 (Geneva, 1978).

40/ For a comprehensive coverage of the subject, see D.B. Jelliffe and E.F.P. Jelliffe, Human Milk in the Modern World (Oxford, Oxford University Press, 1978).

87. Рекламная деятельность промышленности, производящей детское питание, является непосредственной причиной возникновения тенденции к сокращению кормления грудью. Это привело к катастрофическим социальным последствиям и последствиям в плане питания как для матери, так и для ребенка 40/. В недавнем совместном заявлении ВОЗ/ЮНИСЕФ о питании младенцев и детей младшего возраста содержится призыв к проведению кампании, пропагандирующей кормление грудью, и к прекращению всякой рекламы продуктов детского питания 41/.

88. Анемия, вызванная недостаточным питанием, имеет серьезные последствия для женщин. В некоторых районах анемия распространена настолько широко, что считается нормой, причем, особой опасности подвергаются женщины. Согласно оценке, из 500 млн. женщин, проживающих в развивающихся странах (за исключением Китая), около половины небеременных женщин и две трети беременных страдают анемией, что доводит оценочное количество страдающих анемией женщин в этих странах примерно до 230 миллионов. Женщины в фертильном возрасте подвергаются особой опасности по двум причинам: когда они не беременны или не кормят грудью, регулярные потери крови во время менструального цикла влекут за собой непрерывную потерю гемоглобина, который необходимо возместить организму за счет надлежащего питания, в то время как беременность увеличивает потребность организма женщины в железе, которое необходимо для роста плода.

89. В странах всех регионов проявляется озабоченность по поводу питания и особой уязвимости женщин и малолетних детей. Нехватка продуктов питания и недостаточное белковое питание представляют серьезную проблему в регионе ЭКА. Все страны признают необходимость программ контроля над питанием, улучшения качества потребляемой пищи и просвещения по вопросам питания. Мавритания провела опросы по вопросам питания по секторам и создала программу по охране благосостояния семьи, охватывающую вопросы здравоохранения, питания и гигиены. Того сообщило о планах изучения возможностей улучшения способов приготовления и хранения продуктов питания. Сьерра-Леоне заявила, что в стране был проведен обзор по вопросам питания, а также изучение обычаев и верований, связанных с продовольствием.

41/ Совместное заявление ВОЗ/ЮНИСЕФ о питании младенцев и детей младшего возраста от 12 октября 1978 года содержит следующие рекомендации: "Кормление грудью необходимо начинать как можно скорее после рождения ребенка ... Для достижения оптимальных результатов при кормлении грудью следует избегать использования дополнительного прикармливания из бутылки - питания растворенной в воде искусственной смесью ... Учреждения системы здравоохранения ни в коем случае не должны использоваться для пропаганды искусственного вскармливания ...".

/...

90. Все приславшие ответы страны, относящиеся к региону ЭСКАТО, провели обзоры и исследования по вопросам питания с целью помочь разработке и осуществлению политики в области продовольствия. Например, в Австралии было проведено исследование традиционного рациона питания определенных групп. В Непале министерство здравоохранения провело исследование питательной ценности имеющихся в наличии продуктов. В 1976-1977 годах Пакистан провел обследование содержания в пище необходимых микроэлементов, в результате которого выяснилось, что наиболее серьезной проблемой в стране является недостаточное белковое питание.

91. Страны региона ЭКЛА сообщили о специальных мерах, предпринятых ими по объединению программ по вопросам питания с программами в области санитарного просвещения, сельского хозяйства, дополнительного питания, а также школьного и общинного обучения. Во многих странах были также созданы женские организации и кооперативы для производства и распределения продуктов питания.

92. Аналогичные шаги были также предприняты в регионе ЭКЗА для определения проблем в области питания, претворения в жизнь программ и создания кооперативов. Ирак заявил, что он изучил потребности в питании беременных женщин, кормящих матерей, престарелых, а также женщин и малолетних детей. Ливан наметил план с участием министерства сельского хозяйства, а также академических учреждений и учреждений по вопросам развития с целью создания продовольственных кооперативов и повышения уровня распределения продуктов питания.

93. Хотя многие страны ЭКЕ указали, что, по их мнению, общие программы питания отвечают предъявляемым требованиям, основное внимание было уделено группам с особыми потребностями, для которых были введены программы дополнительного питания. Отмечались следующие проблемы: несбалансированная диета, избыток жиров и калорий, отрицательные результаты рекламы, необходимость улучшения питания коренного населения и проблемы употребления алкоголя и курения.

94. Беременные женщины, подростки и дети представляют собой наиболее уязвимые группы во всех регионах, и многие страны признали появление новой проблемы: увеличения числа престарелых женщин. В то время, как большинство стран занимается проблемами недостаточного питания, некоторые страны указали на проблемы избыточного питания и ожирения. Даже в развитых странах существуют районы бедности и недостаточного питания. Использование крупнейшими компаниями по производству продовольствия средств массовой информации для пропаганды продуктов питания с низкой питательной ценностью представляют собой проблему как для развитых, так и для развивающихся стран.

95. Программы в области питания не могут быть эффективными, если существует нехватка продуктов питания и соответствующей технологии, или если основные продукты питания в финансовом отношении недоступны для тех, кто в них наиболее остро нуждается. Программы дополнительного питания представляют собой лишь полумеру и не должны рассматриваться в качестве долгосрочных решений.

Г. Просветительная работа по вопросам здравоохранения и питания

96. Многие программы в области санитарного просвещения и просвещения по вопросам питания основаны на той посылке, что проблемы в области здравоохранения возникают в силу невежественности людей и что передача информации автоматически влечет за собой изменение поведения ^{42/}. В таких посылках недооценивается объем знаний, накопленный во многих обществах по вопросам здравоохранения и питания, который, несмотря на ряд негативных аспектов, имеет целый ряд положительных моментов для здоровья населения и содействует самообеспеченности и выживанию общины. Женщины традиционно являются главными проводниками этого вида просвещения.

97. Большая часть стран упоминала о программах, ведущихся через школы, систему здравоохранения и средства массовой информации. Однако имеется мало сведений относительно содержания или эффективности таких программ.

98. Страны ЭКА заявили, что начиная с 1975 года программы в области санитарного просвещения были активизированы. Так, Камерун заявил о кампании, направленной на сокращение нехватки кальция и белков в питании, борьбу против заболевания эндемическим зобом и малокровия, вызванного недостаточным питанием.

99. Страны ЭСКАТО заявили, что они используют средства массовой информации, общинные семинары, а также специальные проекты социального и общинного развития. Австралия отметила несоответствие между расходами на санитарное просвещение и расходами на рекламу продуктов с низкой питательной ценностью, табачных изделий и спиртных напитков.

100. Бангладеш и Шри Ланка упомянули о программах, ведущихся через клубы матерей с привлечением профессиональных и добровольных работников. Индия заявила, что просвещение по вопросам питания было включено в программу подготовки санитарных работников, с тем чтобы они могли вести разъяснительную работу среди матерей во время посещения домов. Что касается стран ЭКА, то Куба, Колумбия, Гондурас и Парагвай внедрили программы санитарного просвещения в школах и сельских районах. Все страны, приславшие ответы, указали на специальные программы обучения для работников санитарного просвещения.

^{42/} "Who is ignorant? Rethinking food and nutrition education under changing socio-economic conditions" (report of the International Union of Nutritional Sciences, Committee on Nutrition Education Workshop, Tanzania Food and Nutrition Centre, Dar es Salaam, 1978).

101. Что касается стран региона ЭКЗА, то Иракская федерация женщин предоставляет бесплатное питание в детских садах и начальных школах и принимает участие в программах санитарного просвещения и деятельности центров по ликвидации неграмотности. В Ливане Управление социального развития, добровольные женские группы и церковные организации занимаются вопросами санитарного просвещения и просвещения по вопросам питания, предназначенного для женщин, проживающих в сельских районах и на окраинах городов.

102. Все страны региона ЭКЕ ведут санитарное просвещение через школы, системы здравоохранения и программы подготовки кадров, и многие страны Восточной Европы и скандинавские страны считают, что этот вопрос решается удовлетворительным образом. Соединенные Штаты Америки и Канада подчеркнули, что сама по себе передача информации, если она не сопровождается изменением поведения, является недостаточной. В Канаде проводится специальная кампания, цель которой заключается в обеспечении кормления грудью 100 процентов детей, а телевизионная кампания в рамках специальной программы предназначена для детей в возрасте 9-12 лет.

103. Все страны сознают необходимость улучшения положения в области питания населения, особенно для групп с повышенной уязвимостью. Большое внимание уделяется просвещению по вопросам питания и улучшению связи. Однако санитарное просвещение и просвещение по вопросам питания не могут увеличить производство продовольствия, обеспечить справедливое распределение доходов и продуктов питания или положить конец проблемам недостаточного питания, что требует политических и экономических перемен.

Г. Улучшение планирования размеров семьи

1. Планирование размеров семьи

104. Всемирный план действий в направлении достижения целей Международного года женщины подтверждает право личности и пар на получение информации и средств, дающих им возможность свободно и ответственно определять число детей, промежуток времени между их рождением и бороться с бесплодием. Там, где идея ограничения размера семьи оказалась общественно необходимой или приемлемой, пары использовали различные традиционные средства контроля над рождаемостью, такие как длительное кормление грудью, воздержание, прерванный половой акт и аборт. Модернизация помешала использованию этих традиционных методов, в частности такого метода как кормление грудью.

105. Бесплодие представляет собой не менее важную проблему для некоторых супружеских пар и является основной социальной и демографической проблемой в странах Африки к югу от Сахары и в некоторых районах, где до 40 процентов женщин, согласно имеющимся сведениям,

завершают фертильный период, не родив ребенка 43/. После того, как бесплодие бывает установлено, требуется сложное обследование и лечение, результаты которого не всегда бывают успешными. Основное внимание должно уделяться предотвращению его причин и борьбе с ними, в частности таких причин, как недостаточное питание, травмы и инфекции после родов или аборт, венерические заболевания как мужчин, так и женщин.

IO6. В ответах правительств указывается, что количество женщин, пользующихся противозачаточными средствами, с 1975 года увеличилось 44/. В регионе ЭКА ряд стран сообщил о расширении доступа к обслуживанию как в городских, так и сельских районах (например, Гана, Кения, Маврикий, Сенегал, Сьерра-Леоне и Того). В ряде стран продолжают сохраняться проблемы низкой фертильности. Мавритания и Берег Слоновой Кости указали, что плотность населения в их странах является незначительной и в связи с этим они не видят необходимости в программах контроля над рождаемостью с применением противозачаточных средств. Берег Слоновой Кости сообщил об образовательных программах, направленных на достижение желаемого размера семьи и обеспечение для младенцев больших шансов на выживание.

IO7. Все приславшие ответы правительства стран региона ЭСКАТО сообщили о том, что в этих странах осуществляются программы планирования размеров семьи и указали на расширение использования служб планирования семьи женщинами. Пакистан сообщил о широком использовании вспомогательного медицинского персонала на местах, местных акушеров, а также групп общинных пропагандистов в кампании по распространению противозачаточных средств, а также в образовательных и пропагандистских программах. В систему здравоохранения и развития была включена программа по сокращению младенческой и детской смертности, а также сокращению фертильности.

IO8. В Бангладеш женские организации используются для охвата сельских женщин интегрированной программой приносящих доход видов деятельности и неформального образования, включающей планирование размеров семьи, уход за детьми, вопросы питания и санитарии окружающей среды. Китай отметил, что проводившаяся в этой стране политика планирования размеров семьи привела к сокращению прироста населения, начиная с 1971 года. Эта программа осуществлялась во всех частях страны на уровне деревень и пропагандировала использование противозачаточных средств, позднее вступление в брак и небольшой размер семьи.

43/ "Эпидемиология бесплодия", Серия технических докладов ВОЗ, № 582 (Женева, 1975 год).

44/ Более полный обзор всемирных программ планирования семьи см. в D. Nortman and E. Hofstalter, Population and Family Planning Programmes, 9th ed. (New York, N.Y., Population Council, 1978).

109. Многие страны ЭКЛА сообщили, что планирование размеров семьи осуществляется главным образом, частным сектором. Куба заявила, что 90 процентов городских женщин и 80 процентов сельских женщин имеют доступ к информации о планировании размеров семьи. Доминиканская Республика и Перу сообщили о расширении доступа к услугам в области планирования размеров семьи.

110. Четыре страны региона ЭКЗА сообщили, что разъяснительная работа и услуги в области планирования размеров семьи были в основном прерогативой частного сектора. Ирак сообщил о том, что испытывает нехватку рабочей силы, и в связи с этим сокращение рождаемости в этой стране не поощряется; однако поощряется проведение разъяснительной работы с особым упором на регулирование промежутков между рождением детей. В Ливане произошло увеличение объема услуг в области планирования размеров семьи, а соответствующая информация предоставляется несколькими способами. Начата работа по внесению поправок в уголовный кодекс, который ограничивал предоставление информации о противозачаточных средствах.

111. Большинство стран ЭКЕ указали, что в этих странах имеется широкий доступ к услугам по планированию размеров семьи, хотя такой доступ несколько ограничен для подростков. В Ирландии продажа противозачаточных средств до сих пор является противозаконной, однако в стадии подготовки находится законопроект по либерализации планирования размеров семьи. Ряд стран ЭКЕ пытается повысить фертильность. В документе, представленном Венгрией, описаны неудачные попытки стимулировать фертильность путем ограничения аборт. Нидерланды оказались единственной в регионе ЭКЕ страной, которая указала на необходимость сдерживания роста населения.

112. Соединенные Штаты Америки сообщили об увеличении доступа к услугам в области планирования семьи в период 1975-1978 годов: в городских районах - с 56 до 85 процентов, а в сельских районах - с 35 до 80 процентов. Особое значение было уделено расширению охвата всех округов и всех групп, например, путем использования санитарных работников-индейцев, с тем чтобы охватить индейское население.

113. До сих пор существуют широкие различия в доступе к консультациям и услугам в области планирования размеров семьи между различными странами, различными социально-экономическими группами и между городскими и сельскими районами.

2. Стерилизация

114. Добровольная стерилизация во все больших масштабах используется как в развитых, та и в развивающихся странах в качестве конечного средства предупреждения беременности, особенно в силу сообщения о том, что использование противозачаточных таблеток может иметь

/...

серьезные побочные эффекты для женщин старших возрастных категорий 45/. Ряд стран указал на возросшие возможности для добровольной стерилизации женщин (например, Дания, Гондурас, Норвегия, Филиппины, Соединенное Королевство).

II5. Всегда существует опасность того, что в случае неправильной постановки дела стерилизация в конкретных группах населения может быть проведена при том, что эти группы не имеют о ней соответствующей информации. Соединенные Штаты Америки заявили о том, что "министерство здравоохранения, образования и социального обеспечения выпустило новые положения, касающиеся стерилизации женщин, которые будут особенно важными для женщин из бедных слоев и/или из числа национальных меньшинств, которые в прошлом страдали от несоизмеримой и огульной стерилизации".

3. Аборт

II6. Некоторые страны также конкретно упомянули о недавних изменениях в законодательстве об абортах 46/. В историческом плане аборт применялся практически во всех обществах. Со времени начала широкого использования стерилизации и современных противозачаточных средств аборт, как представляется, стал иметь менее важное значение в качестве средства контроля над рождаемостью 47/. Криминальный аборт, зачастую проводимый неквалифицированными людьми в антисанитарных условиях, во многих странах является основной причиной смертности и заболеваемости матерей и последующего бесплодия 47/. Смертность и заболеваемость, вызванные абортами, сократились с тех пор, как аборт был легализован 48/.

II7. Доступность легального аборта может быть даже ограничена в силу отсутствия соответствующих учреждений, высокой стоимости, прочности религиозных предрассудков и различных сдерживающих обстоятельств. Например, Австрия заявила, что она приняла законодательство об абортах в 1974-1975 годах, однако необходимые для этого учреждения имеются пока что не во всей стране. Нидерланды сообщили, что законодательство по официальной легализации абортов будет принято в 1979 году, хотя фактически они уже широко доступны.

45/ Всеобъемлющий анализ глобальных тенденций см. в Survey of Laws on Fertility Control, Part I, Voluntary Sterilization (New York, N.Y., 1979).

46/ См. United Nations Fund for Population Activity, Survey of Laws on Fertility Control, Part II, Termination of Pregnancy (New York, N.Y., 1979).

47/ "Эпидемиология бесплодия", Серия технических докладов ВОЗ, № 582 (Женева, 1975 год).

48/ Induced Abortion, World Health Organization Technical Report Series No. 623 (Geneva, 1978), p. 15.

II8. К числу других стран, которые сообщили о принятии законодательства об устранении медицинских или социальных препятствий для абортов, относятся Венгрия (1973-1974); Германская Демократическая Республика (1972-1976) и Израиль (1977-1978). В противоположность этому Соединенные Штаты Америки сослались на постановление суда от 1977 года, согласно которому штаты в соответствии со своими программами социального обеспечения, которыми главным образом пользуются женщины из бедных слоев населения, освобождаются от обязанности оплачивать аборты в тех случаях, когда они не являются "необходимыми с медицинской точки зрения".

II9. Риск при аборте возрастает по мере увеличения продолжительности беременности, причем особенно он возрастает после третьего месяца беременности 49/. Такие аборты наиболее часты среди женщин, находящихся в неблагоприятных социально-экономических условиях, а также среди молодых возрастных групп 50/. Многие страны выразили озабоченность по поводу беременностей среди девушек-подростков.

II20. Подводя итог, можно сказать о том, что существует необходимость в улучшении доступа к информации о противозачаточных средствах для женщин всех возрастов и всех групп общества. Данные об абортах дают представление о наиболее уязвимых группах, а также показывают эффективность программ и методов планирования размеров семьи. Таким образом, существует очевидная необходимость в разработке простых, безопасных, эффективных методов предупреждения беременности, которые будут недорогими, легко доступными и приемлемыми с точки зрения обычаев и традиций страны. В развивающихся странах следует провести обзор и оценку методов, предназначенных для использования в них 51/.

II21. При определении размеров семьи играет роль множество факторов. Принятие правительствами благоприятной политики в области народонаселения может содействовать устранению проблем быстрого нахождения решений, и многие правительства во все большей степени осознают суть проблем в этой области.

49/ Ibid., p. 19.

50/ Ibid., p. 28.

51/ Working Paper No. 4 of the International Conference of Parliamentarians on Population and Development, reproduced in Populi (a quarterly publication of the United Nations Fund for Population Activities), vol. 6, No. 3 (1979).

II. ПРЕПЯТСТВИЯ И ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ

А. Препятствия

1. Препятствия на пути улучшения состояния здоровья и медицинского обслуживания женщин

I22. Страны регионов ЭКА, ЭСКАТО и ЭКЗА указали на проблемы доступа в сельские районы, неправильного распределения учреждений медицинского обслуживания, недостатка средств и подготовленного персонала, необходимых для расширения медицинского обслуживания. Индия и Бангладеш упомянули проблемы, вызываемые самим количеством людей, которых они затрагивают, и сообщили о том, что большинство населения проживает в сельской местности. Гана обратила внимание на проблемы управления и плохое распределение ресурсов, при том, что услуги, предоставляемые больницами, сосредоточены в крупных городах, а также на плохую координацию с другими учреждениями.

I23. В регионе ЭКЛА большинство стран указали на финансовые трудности как на основное препятствие на пути улучшения медицинского обслуживания и отметили трудности в координации деятельности различных департаментов. Аргентина сообщила, что основными препятствиями являются недостаток людских ресурсов и нежелание воспользоваться обслуживанием со стороны людей, которые в нем нуждаются. Колумбия и Боливия указали также на трудности координации деятельности различных департаментов.

I24. Многие из стран ЭКЕ считали, что их системы здравоохранения в состоянии справиться с любыми проблемами. Среди препятствий они указали на неравномерное распределение информации и обслуживания, ограниченность финансов и средств, а также на отсутствие соответствующей информационной базы и методологии. В качестве проблем Финляндия указала на преобладание шаблонов в медицине и на чрезмерный упор на медицинское обслуживание и больницы. Канада указала на патристическую позицию врачей-мужчин и ориентированное на мужчин лечение, а не на недостатки в обслуживании женщин.

2. Препятствия на пути участия женщин в предоставлении медицинского обслуживания

I25. За исключением восточноевропейских стран, участие женщин в предоставлении медицинского обслуживания концентрировалось на должностях низкого уровня. Несколько стран отметили, что не существует других препятствий, кроме живучести традиционных взглядов и культурной инерции, из-за которых считается, что женщины не могут заниматься некоторыми видами деятельности. Дания отметила небольшое число женщин, кандидатов на посты на уровне разработки политики, Норвегия сочла, что

серьезным препятствием является господствующее мнение, в соответствии с которым женщинам отводится более узкий круг занятий. В регионах ЭКЗА и ЭКА Бахрейн отметил проблему стоимости обучения девочек при том, что женщины связаны правовыми и социальными ограничениями. Ливан сослался на традиционную идею о том, что женщины не способны занимать ответственные посты. Объединенная Республика Камерун отметила психологические барьеры, создаваемые шестилетним курсом обучения в медицинских учебных заведениях, что заставляет женщин предпочитать медицине другие профессии, а также отсутствие соответствующих учреждений для подготовки медицинских сестер.

3. Препятствия на пути улучшения питания

I26. Отмеченными в этой области препятствиями являются: а) физический уровень доходов, безработица, инфляция и высокие цены, особенно на основные продукты питания; б) низкий уровень производства и недостаток людских и финансовых ресурсов; в) отсутствие интереса у общественности к положению женщин и детей с точки зрения здравоохранения и питания; г) недостаточное участие общин в осуществлении программ в области питания; д) отсутствие доступа к изолированным группам населения и е) отсутствие централизованного принятия решений и четко определенной политики.

I27. Неблагоприятное положение в области питания вызывается как отходом от традиционной диеты в связи с изменениями в производстве продовольствия, являющимися результатом развития рыночной экономики и модернизации, так и дальнейшим существованием нездоровой традиционной практики в отношении питания.

I28. Различные страны ЭКА и ЭСКАТО также отметили отсутствие средств и нехватку подготовленного персонала. Гана сообщила, что 70 процентов населения является неграмотным и живет в небольших деревнях. Ливийская Арабская Джамахирия сообщила о неудачной попытке включить вопросы питания в целый ряд программ в области здравоохранения и подготовки медицинских кадров. Папуа-Новая Гвинея в качестве серьезного препятствия отметила следующее изменение практики производства продуктов питания: "уменьшение внутреннего производства продовольствия вследствие концентрации просветительной работы на производстве товарных культур для экспорта, ежегодный прирост населения на 3 процента и высокий уровень миграции". На оголтелую рекламу модных продуктов питания и искусственных продуктов питания по телевидению, радио и в прессе было указано странами нескольких регионов.

Препятствия на пути планирования размеров семьи

I29. Многие страны различных регионов указали на препятствия социального, культурного, финансового и правового характера, которые мешают распространению знаний о методах планирования размеров семьи и их

применению. Отмечалась также нехватка подготовленного персонала и учреждений, непонимание правительствами необходимости мероприятий по планированию размеров семьи, отсутствие инфраструктуры и боязнь побочных последствий применения противозачаточных средств.

I30. Ботсвана отметила настороженность, с которой мужчина, как глава семьи, относится к "женским" предотвращением беременности, и мнение о том, что планирование размеров семьи является чуждой идеей, противоречащей африканской традиции формирования семьи. Аналогичные идеи были выражены другими странами региона ЭКА. Гана отметила нехватку финансов и ресурсов, высокий процент неграмотности и отсутствие побудительных мотивов.

I31. Из региона ЭСКАТО Бангладеш указала, что при высоком проценте неграмотности женщинам трудно определять первоочередные задачи при одновременном обучении таким новым функциям, как планирование семьи, сельское хозяйство и т.д. Сингапур отметил в качестве препятствия слабое участие мужчин в программах стерилизации. Пакистан указал, что на проводимых в стране программах отрицательно сказывается плохая организация, низкий уровень подготовки, слабый контроль и отсутствие долгосрочной перспективы.

I32. Кроме того, препятствиями на пути дальнейшего прогресса, о которых сообщалось из региона ЭКЛА, являются трудности, связанные с изживанием предубеждений в отношении планирования размеров семьи, что необходимо для придания этой деятельности характера программы здравоохранения (Парагвай); позиция внешних учреждений, настаивающих на проведении политики регулирования численности населения в качестве условия финансовой поддержки в области планирования размеров семьи (Боливия); политические соображения различных групп, традиции и культурные особенности (Колумбия).

I33. В регионе ЭКЕ было отмечено, что основные трудности также связаны с сохранением культурных и религиозных предрассудков, предвзятым отношением к абортам и сексу, ограниченностью финансовых средств и ресурсов. Отмечались недостатки в определении первоочередных задач на директивном уровне и нежелание признавать нужды определенных групп населения, особенно молодежи и лиц, не состоящих в браке. Для совершенствования информационной деятельности и изменения сознания людей необходимо лучше организовывать работу с населением.

I34. Израиль отметил сложность включения деятельности по планированию размеров семьи в систему медицинского обслуживания ввиду наличия финансовых трудностей. Канада указала на необходимость информации и изменения взглядов, а также на медленное проведение соответствующего законодательства, на сопротивление политических и религиозных кругов и на "отсутствие упора на превентивный характер и долгосрочную ориентацию деятельности по планированию размеров семьи" в связи с тем, что вопрос об абортах вызвал слишком резкую реакцию.

/...

В. Первоочередные задачи на 1979-1985 годы

135. Страны всех регионов сообщили об аналогичных целях и первоочередных задачах в вопросах предоставления услуг в области здравоохранения, питания и планирования размеров семьи, в которых внимание уделяется как профилактическим, так и лечебным аспектам. В целом эти цели и задачи предусматривают расширение систем подготовки медицинских сестер, вспомогательного медицинского технического персонала, акушеров, санитарок и традиционных повивальных бабок; расширение существующей системы медицинского обслуживания матери и ребенка, расширение программ государственного здравоохранения и иммунизации; просвещение по вопросам здравоохранения и питания.
136. Некоторые страны указали конкретные цели. Ливийская Арабская Джамахирия планировала начать кампанию против инфекционных и эндемических заболеваний, в частности, против трахомы и истощения. Среди других первоочередных задач отмечалась регионализация и распространение программ на группы, изолированные в социальном и географическом отношениях, а также расширение участия населения.
137. Индия запланировала проведение профилактической кампании против анемии, вызванной недоеданием, призванной охватить дополнительно 1 млн. женщин в год. Индия и Филиппины представили основные сведения о всеобъемлющих программах улучшения санитарных условий и снабжения питьевой водой промышленных городов и сельских деревень. Для Ботсваны самой первоочередной задачей являлось совершенствование первичного медицинского обслуживания и расширение дородового и послеродового обслуживания с тем, чтобы оно охватывало 80 процентов той численности населения, которой оно достигнет к 1985 году.
138. Дания указала в качестве одной из своих первоочередных задач проведение исследования последствий воздействия промышленных химикатов на беременную женщину и ее ребенка. Несколько стран, например, Нидерланды отметили необходимость переориентации программ с целью совершенствования и расширения обслуживания в пределах, дозволяемых общим ограничением бюджета.
139. Ряд стран придает важное значение расширению участия женщин в деятельности системы здравоохранения на различных уровнях. Сьерра-Леоне, в частности, сообщила о планах привлечения традиционных акушеров в систему здравоохранения. Ливийская Арабская Джамахирия сообщила о программах стимулирования привлечения женщин к обучению профессии медицинской сестры, фармацевта и медицинского техника.
140. Большинство стран указало в качестве первоочередных такие задачи и цели, которые приведут к общему улучшению положения с питанием населения. Папуа-Новая Гвинея ответила следующим образом: "Национальная политика в вопросах продовольствия и питания имеет целью уменьшить остроту проблем питания и увеличить внутреннее производство, с тем чтобы исключить дальнейший рост импорта продовольствия".

I41. Страны нескольких регионов, например, Канада и Доминиканская Республика, отметили в качестве одной из первоочередных задач необходимость изменения рационов питания. Среди других первоочередных задач указывались планы по расширению охвата и усилению воздействия программ в области питания, совершенствованию производства и обработки продовольствия и исследованию всех аспектов здоровья и питания женщин. Бразилия, Пакистан и другие страны перечислили ряд таких первоочередных задач, как программы дополнительного питания, развитие производства и распределение дешевых и питательных продуктов, укрепление сектора питания в сети здравоохранения, а также использование средств массовой информации для ведения просветительной работы по вопросам питания. Шри Ланка сообщила о намерении провести общинную программу в области питания на уровне деревень, организовать учебную ферму в каждом избирательном округе, провести разъяснительную кампанию с помощью средств массовой информации и осуществить программы обследования положения с питанием с целью определения областей, требующих принятия мер.

I42. Все страны придают большое значение просвещению в области здравоохранения и питания как с точки зрения подготовки инструкторов, преподавателей, работников социального обеспечения и медиков, так и с точки зрения разъяснительной работы на уровне общин. Кипр указал, что предоставлялись стипендии для аспирантов-медиков. Австралия подчеркнула, что просветительная работа в области питания должна охватывать промышленность, средства массовой информации и потребителей, а также работников здравоохранения. С помощью санитарно-просветительной работы Канада надеется добиться того, чтобы среди детей, родившихся в 1979 году, через 15 лет не было курящих.

I43. Большинство стран придает большое значение популяризации и расширению программ планирования размеров семьи с целью охвата всех групп общества, а также устранению юридических препятствий.

I44. Такие страны ЭКЕ, как Нидерланды, Соединенное Королевство и Соединенные Штаты Америки, подчеркнули, что подростки особенно нуждаются в расширенном доступе к информации и услугам в области планирования размеров семьи и что необходимо разработать методику, в большей мере учитывающую их потребности. Соединенное Королевство также указало, что одной из его первоочередных задач является расширение возможностей для стерилизации в качестве альтернативы предохранению с помощью противозачаточных таблеток.

III. ВЫВОДЫ

I45. Данный документ представляет собой обзор и анализ прогресса, достигнутого в области охраны здоровья женщин, а также препятствий, с которыми пришлось встретиться в этой области в первой половине Десятилетия женщины Организации Объединенных Наций. Используя такие

показатели, как увеличение средней продолжительности жизни женщин и падение коэффициента детской и материнской смертности, можно заключить, что состояние здоровья женщин улучшилось. Однако такие обобщения скрывают продолжающие оставаться высокими или возрастать коэффициенты материнской и детской смертности среди определенных групп и не дают полной картины заболеваемости среди женщин. Хотя страны сообщали о мерах по совершенствованию системы здравоохранения во всех областях, все еще существует неравенство, которое проявляется в расхождении показателей - там где они имеются - по группам, занимающим высшие и низшие позиции с точки зрения социально-экономического положения по женщинам сельских и городских районов и по группам меньшинств и остальному населению. Различия между странами являются наиболее очевидными. Хотя наличие системы здравоохранения необязательно означает хорошее состояние здоровья, существует связь между доступностью медицинского обслуживания и состоянием здоровья женского населения.

I46. Социально-экономические изменения, возникающие в связи с неодинаковым и быстрым развитием, усложненные массовой миграцией из сельских районов в города, быстрым ростом населения, а в некоторых странах и военными конфликтами, снижают эффективность мер, принимаемых многими странами с целью совершенствования медицинского обслуживания и улучшения положения со здоровьем и питанием.

I47. Нехватка финансовых средств в сочетании с инфляцией представляет собой основное препятствие. Неправильное распределение услуг, при котором зажиточные городские районы попадают в лучшее положение, слабость инфраструктуры, плохая связь и транспорт ведут к неравенству. Затрудненность доступа в сельские районы препятствует предоставлению услуг. Проблемы контактов с населением осложняются неграмотностью, недостатком знаний и информации, крепостью традиционных убеждений и практики, которые проявляются в недоверии к новому и в отказе общин от участия в осуществлении некоторых программ в области здравоохранения. Чрезмерная физическая нагрузка, характерная для работы сельских женщин, не только препятствует их участию в программах здравоохранения, но и отрицательно сказывается на их здоровье.

I48. Дополнительными проблемами являются недостаточная подготовка и контроль со стороны административного персонала, отсутствие четко определенной политики, недостаточная координация между различными учреждениями, что часто осложняется нехваткой подготовленного персонала. Имеются данные о некотором росте числа женщин-медиков, работающих на должностях, связанных с принятием решений и планированием, и о более значительном увеличении числа женщин на низовых постах. Живучесть социальных, религиозных и политических взглядов, которые могут уже не соответствовать реальному положению дел, отсутствие стабильной политической линии и недостаточное понимание долгосрочных медико-санитарных преимуществ планирования размеров семьи по сравнению с пониманием его демографических аспектов - все это не позволяет многим группам женщин включиться в планирование размеров семьи.

/...

149. Эти выводы указывают на следующие крупные первоочередные задачи в деятельности правительств, международных организаций и самих женщин.

Меры в области государственного здравоохранения, направленные на обеспечение защиты и улучшения окружающей среды, обеспечение в необходимых количествах пригодной для питья водой и сохранение природных ресурсов.

Признание потребностей женщин в социальной области и в области здравоохранения, которые определяются их воспроизводительной ролью, но не ограничиваются ею.

Меры, направленные на снижение материнской и детской смертности и ликвидацию неравного положения женщин с точки зрения здоровья и доступа к медицинскому обслуживанию.

Расширение мероприятий с целью предоставления первичного медицинского обслуживания в широком смысле Алма-атинской декларации с интеграцией современных и традиционных медицинских систем и уничтожение барьеров на пути равного участия женщин в предоставлении медицинского обслуживания.

150. Указанные выше важные направления деятельности будут рассмотрены более подробно в Программе действий на вторую половину Десятилетия женщины Организации Объединенных Наций.

151. Действия, направленные на совершенствование медицинского обслуживания женщин и детей, помогут улучшить состояние здоровья всего общества. Важно, чтобы сами женщины были вовлечены в процесс предоставления медицинского обслуживания и стали его активными участниками и организаторами, а не просто потребителями. Поэтому перед началом любого процесса планирования в области здравоохранения необходимо принять меры по вовлечению значительного числа женщин, проявляющих твердое стремление заниматься вопросами, касающимися медицинского обслуживания. Следует также учитывать соображения социального, культурного и экономического характера с тем, чтобы при планировании и осуществлении эффективного медицинского обслуживания в развивающихся странах избежать некоторых проблем, с которыми столкнулись развитые страны.

152. Важно, чтобы в течение второй половины Десятилетия деятельность по улучшению состояния здоровья женщин стала реальностью в качестве позитивного вклада в дело социально-экономического развития, равенства и мира.