

**Народонаселение,  
репродуктивные права  
и репродуктивное  
здоровье с уделением  
особого внимания  
проблеме ВИЧ/СПИДа**

**Сводный доклад**



Организация Объединенных Наций

Департамент по экономическим и социальным вопросам  
Отдел народонаселения ST/ESA/SER.A/214

# **Народонаселение, репродуктивные права и репродуктивное здоровье с уделением особого внимания проблеме ВИЧ/СПИДа**

**Сводный доклад**



Организация Объединенных Наций • Нью-Йорк, 2002

*Примечание*

Употребляемые обозначения и форма представления материала в настоящем докладе не означают выражения со стороны Секретариата Организации Объединенных Наций какого бы то ни было мнения относительно правового статуса какой-либо страны, территории, города или района или их властей или относительно делимитации их границ.

Термин «страна», используемый в тексте настоящего доклада, относится также в соответствующих случаях к территориям и районам.

Выражение «развитые» и «развивающиеся» используется для статистического удобства и необязательно означает выражение какого-либо мнения относительно уровня развития, достигнутого той или иной страной или районом.

ST/ESA/SER.A/214

Издание Организации Объединенных Наций  
в продаже под № \_\_\_\_

ISBN \_\_\_\_\_

Copyright © United Nations 2002  
All rights reserved  
Printed in New York, United States of America

## Предисловие

Настоящий доклад подготовлен с учетом положений резолюции 1995/55 Экономического и Социального Совета от 28 июля 1995 года, в которой Совет утвердил круг ведения и ориентированную на конкретные темы и приоритеты многолетнюю программу работы, предложенную Комиссией по народонаселению и развитию на ее двадцать восьмой сессии<sup>1</sup>. В соответствии с многолетней программой работы, которая использовалась в качестве основы для оценки прогресса, достигнутого в осуществлении Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию<sup>2</sup>, ежегодно будет готовиться новая серия докладов по конкретному набору тем. В своем решении 2000/1<sup>3</sup> Комиссия постановила, что специальной темой в 2002 году будет «Репродуктивные права и репродуктивное здоровье с уделением особого внимания проблеме вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД)», которая и является темой настоящего доклада. Это второй доклад, посвященный репродуктивным правам и репродуктивному здоровью. Тема, выбранная на 1996 год, «Репродуктивные права и репродуктивное здоровье, включая информацию, образование и коммуникацию в области народонаселения», была темой первого ежегодного доклада. Эта публикация представляет собой пересмотренный вариант доклада, представленного Комиссии на ее тридцать пятой сессии.

В докладе содержится резюме отдельных аспектов репродуктивных прав и репродуктивного здоровья и рассматриваются следующие темы: начало репродуктивной жизни; репродуктивное поведение; планирование семьи; аборт; материнская смертность и заболеваемость; инфекции, передаваемые половым путем; ВИЧ/СПИД; и репродуктивные права.

Доклад был подготовлен Отделом народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций. Следует выразить признательность различным подразделениям Организации Объединенных Наций, региональным комиссиям и специализированным учреждениям, которые прямо или косвенно помогли его подготовке. В частности, главы V и VI были подготовлены Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), а глава VII — Совместной программой Организации Объединенных Наций по вирусу иммунодефицита человека/синдрому приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИДу) (ЮНЭЙДС). Следует также выразить признатель-

ность и благодарность Терезе Кастро Матрин из Верховного совета по научным исследованиям (Мадрид) за оказание помощи в редактировании этого доклада.

За дополнительной информацией просьба обращаться к Директору Отдела народонаселения, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, 10017, США.

*Примечания*

- <sup>1</sup> См. Официальные отчеты Экономического и Социального Совета, 1995 год, Дополнение № 7 (E/1995/27), приложение I, разделы I и III.
- <sup>2</sup> Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.95.XIII.18), глава I, резолюция I, приложение.
- <sup>3</sup> См. Официальные отчеты Экономического и Социального Совета, 2000 год, Дополнение № 5 (E/2000/25), глава I, раздел B.

## Пояснения

Условные обозначения документов Организации Объединенных Наций состоят из заглавных букв в сочетании с цифрами.

В таблицах, содержащихся в настоящем докладе, используются следующие условные обозначения:

**две точки (..)** означают, что данные отсутствуют или не приводятся отдельно;

**две черточки (- -)** означают, что величина незначительна или близка к нулю;

**черточка (-)** означает, что это к делу не относится;

**знак минус (-)** перед цифрой означает уменьшение;

**запятая (,)** используется для обозначения десятых долей;

**дробь (/)** означает сельскохозяйственный или финансовый год, например, 1994/95 год;

**использование черточки (-)** между годами, например, 1994–1995 годы, означает весь указанный период, включая первый и второй годы.

Доли и проценты в таблице не всегда в сумме дают итоговую величину по причине округления.

Доллары означают доллары Соединенных Штатов Америки, если не указано иначе.

Термин «миллиард» означает тысячу миллионов.

В группу наименее развитых стран в настоящее время входит 49 стран: Ангола, Афганистан, Бангладеш, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Бутан, Вануату, Гаити, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Джибути, Замбия, Йемен, Кабо-Верде, Камбоджа, Кирибати, Коморские Острова, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Лесото, Либерия, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мальдивские Острова, Мозамбик, Мьянма, Непал, Нигер, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Самоа, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Соломоновы Острова, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Того, Тувалу, Уганда, Централно-

африканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея и Эфиопия.

В тексте используются следующие сокращения:

<b>БППП</b>	Болезни, передаваемые половым путем
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ВМС</b>	Внутриматочные противозачаточные средства
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ИППП</b>	Инфекции, передаваемые половым путем
<b>ПАПЧАЙЛД</b>	Панарабский проект по обследованию положения детей и национального здравоохранения
<b>ПРООН</b>	Программа развития Организации Объединенных Наций
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита
<b>ЮНЕСКО</b>	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
<b>ЮНИСЕФ</b>	Детский фонд Организации Объединенных Наций
<b>ЮНФПА</b>	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
<b>ЮНЭЙДС</b>	Совместная программа Организации Объединенных Наций по вирусу иммунодефицита человека/синдрому приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИДу)

## Содержание

	<i>Стр</i>
Предисловие . . . . .	iii
Пояснения . . . . .	v
Введение . . . . .	1
<i>Глава</i>	
I. Начало репродуктивной жизни . . . . .	7
II. Репродуктивное поведение . . . . .	20
III. Планирование семьи . . . . .	34
IV. Аборты . . . . .	50
V. Материнская смертность и заболеваемость . . . . .	65
VI. Инфекции, передаваемые половым путем . . . . .	79
VII. Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита . . . . .	86
VIII. Репродуктивные права . . . . .	102
Библиография . . . . .	113

### Таблицы

1. Возраст вступления и семейное положение при вступлении в первую половую связь среди мужчин и женщин в возрасте 20–24 лет, по отдельным регионам . . . . .	11
2. Общий коэффициент фертильности с разбивкой по основным районам и регионам, 1970–1975 годы и 1995–2000 годы . . . . .	20
3. Общие коэффициенты фертильности в соответствии с уровнем образования женщин, по отдельным развивающимся странам . . . . .	27
4. Средний показатель применения конкретных методов контрацепции с разбивкой по основным районам и регионам . . . . .	36



5.	Количество легальных аборт за самый последний год, когда поступили сообщения. . . . .	52
6.	Правовой статус Мифепристона (RU-486) . . . . .	59
7.	Оценочные коэффициенты материнской смертности по регионам, 1995 год. . . . .	68
8.	Тенденции в отношении доли родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, в 53 странах, 1989–1999 годы. . . . .	75
9.	Оценочные показатели распространенности и ежегодной заболеваемости излечимых инфекций, передаваемых половым путем, с разбивкой по регионам, 1999 год. . . . .	80
10.	Статистические данные о распространении ВИЧ/СПИДа и его особенностях, по регионам, на конец 2001 года . . . . .	87
11.	Распространенность ВИЧ/СПИДа среди молодежи в возрасте 15–24 лет, по регионам, на конец 2001 года..	92
12.	Государственная политика в области обеспечения доступа к методам контрацепции, в соответствии с уровнем развития стран, 2001 год. . . . .	104

#### Диаграммы

I.	Распределение стран по регионам в соответствии со средним возрастом вступления в брак для мужчин и женщин, на основе самых последних данных . . . . .	17
II.	Повозрастная фертильность женщин в возрасте 15–19 лет, конец 90-х годов . . . . .	31
III.	Доля состоящих в настоящее время в браке женщин, чьи потребности в использовании планирования семьи с целью обеспечить интервалы в рождении детей или ограничить их число удовлетворены, с разбивкой по основным районам . . . . .	47
IV.	Показатели беременности в подростковом возрасте, 1999 год или последний год, за который имеются данные . . . . .	58

---

V.	Тенденции в области материнской смертности в отдельных странах Латинской Америки, 1980–1999 годы . . . . .	71
VI.	Тенденции в области материнской смертности в отдельных странах Азии, 1980–1997 годы . . . . .	72
VII.	Тенденции в области материнской смертности в отдельных странах Восточной Европы, 1974–1997 годы . . . . .	73

**Вставка**

Репродуктивные права и репродуктивное здоровье, как они определены в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию . . . . .	1
---	---



## Введение

На двадцать первой специальной сессии Генеральной Ассамблеи, посвященной общему обзору и оценке осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию, состоявшейся в Нью-Йорке в 1999 году, правительства вновь подтвердили свою неизменную приверженность принципам, целям и задачам Программы действий, в том числе в отношении репродуктивных прав и репродуктивного здоровья (см. резолюцию S-21/2 Генеральной Ассамблеи, приложение).

В Программе действий, принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию, которая была проведена в Каире в 1994 году (Организация Объединенных Наций, 1995а, глава I, резолюция 1, приложение), дается всеобъемлющее определение репродуктивного здоровья, охватывающее физическое, умственное и социальное благополучие во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов (см. вставку). Таким образом, в отличие от прежних подходов, когда основной упор делался на отдельных аспектах репродуктивного здоровья, таких как обеспечение безопасного материнства, охрана здоровья матери и ребенка и планирование семьи, концепция репродуктивного здоровья охватывает не только проблемы охраны здоровья в период беременности, но и проблемы охраны здоровья и прав человека, имеющие отношение к репродуктивной деятельности и сексуальности, которые возникают как в детородном, так и в до- и послерепродуктивном возрасте.

### **Репродуктивные права и репродуктивное здоровье, как они определены в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию<sup>a</sup>**

«Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов. Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь и что у них есть возможность воспроизводить себя, и что

они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также другим методам регулирования деторождения по их выбору, которые не противоречат закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца. В соответствии с изложенным выше определением репродуктивного здоровья охрана репродуктивного здоровья определяется как сочетание методов, способов и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью и благополучию за счет предупреждения и устранения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем. Она также включает охрану сексуального здоровья, целью которой является улучшение жизни и личных отношений, а не просто оказание консультативных и медицинских услуг, связанных с репродуктивной функцией и заболеваниями, передаваемыми половым путем (глава VII, пункт 7.2).

С учетом вышеизложенного определения репродуктивных права охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других соответствующих документах Организации Объединенных Наций, принятых на основе консенсуса. Указанные права зиждутся на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно числа детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами и праве на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья. Это также включает их право принимать решения в отношении воспроизводства потомства без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия, о чем говорится в документах по правам человека. При осуществлении этого права

супружеские пары и отдельные лица должны учитывать потребности своих живущих и будущих детей и свою ответственность перед обществом. Поощрение ответственного подхода к осуществлению этих прав всеми людьми должно стать основой основ осуществляемых с помощью правительств и общин политики и программ в области репродуктивного здоровья, включая планирование семьи. В рамках их обязательств следует уделять пристальное внимание поощрению равноправных отношений между полами на основе взаимного уважения и, в частности, удовлетворению потребностей подростков в просвещении и услугах, с тем чтобы они могли позитивно и ответственно относиться к своей сексуальности. Репродуктивное здоровье для многих людей в сегодняшнем мире недоступно в силу таких факторов, как: недостаточный уровень информированности о сексуальности человека и неадекватность или плохое качество информации и услуг в области репродуктивного здоровья; преобладание сексуального поведения, сопряженного с повышенным риском; дискриминационная социальная практика; негативное отношение к женщинам и девочкам; а также ограниченность возможностей многих женщин и девочек влиять на свою половую и репродуктивную жизнь. Особенно уязвимыми из-за отсутствия информации и доступа к соответствующим услугам в большинстве стран являются подростки. Пожилые женщины и мужчины сталкиваются со специфическими проблемами, связанными с репродуктивным и сексуальным здоровьем, которые зачастую решаются неадекватно» (глава VII, пункт 7.3).

<sup>a</sup> Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.95.XIII.18), глава I, резолюция 1, приложение.

Широкое определение репродуктивного здоровья подразумевает, что состояние здоровья и выживание младенцев и детей являются важными показателями репродуктивного здоровья. Выживание ребенка рассматривается в тесной связи не только с выбором времени рождения детей, интервалами между их рождением и их

количеством, но и со здоровьем матерей. Подростковый возраст — это такой период жизни, когда перспективы здоровой репродуктивной жизни могут быть поставлены под угрозу. К числу основных факторов относится преждевременное вступление в половые сношения, наличие многих партнеров, ранние роды, преобладание сексуального поведения, сопряженного с повышенным риском, рискованные аборты<sup>1</sup> и отсутствие основной информации в отношении охраны здоровья и соответствующих услуг. Серьезную угрозу для подростков представляют инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), особенно вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Детородный возраст, который традиционно находился в центре внимания программ планирования семьи и программ охраны здоровья матери и ребенка, также стал возрастом, когда высок риск заразиться ВИЧ/СПИДом и умереть от него. В условиях, когда свирепствует эпидемия, гетеросексуальный секс без использования предохранительных средств и сексуальные отношения с многочисленными партнерами, по-видимому, становятся наиболее важными факторами, объясняющими быстрое распространение эпидемии (ЮНЭЙДС, 2000). В рамках подхода с точки зрения репродуктивного здоровья также признается, что проблемы репродуктивного здоровья могут возникать даже тогда, когда человек давно вышел из репродуктивного возраста. У женщин менопауза может вызвать многие биологические и физические изменения, которые могут привести к изменениям в костной и сердечно-сосудистой системах. У мужчин в пожилом возрасте относительно часто встречается опухоль предстательной железы, что может привести к ослаблению половой функции и даже стать причиной смерти. Как у мужчин, так и женщин раннее начало сексуальной жизни и наличие многочисленных партнеров повышают риск рака репродуктивных органов.

С 1994 года правительства, гражданское общество и международное сообщество прилагали усилия, направленные на осуществление достигнутых в Каире договоренностей в отношении репродуктивных прав и репродуктивного здоровья. Многие страны также осуществили политические, законодательные и институциональные изменения в целях более эффективного содействия осуществлению программ в области репродуктивного здоровья. Обзор и оценка осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию за пятилетний период показали, что в деле улучшения репродуктивного здоровья были достигнуты

значительные успехи (Организация Объединенных Наций, 1999а; резолюция S-21/2, приложение). В частности, все больше стран использует широкое и всеобъемлющее определение репродуктивного здоровья. Все более широкое применение методов планирования семьи свидетельствует о том, что планирование семьи стало более доступно и что все больше супружеских пар и отдельных лиц могут по собственному усмотрению принимать решения относительно числа детей и интервалов между их рождением. Но наряду с этим обзор показал, что в некоторых странах был достигнут лишь ограниченный прогресс, а в некоторых случаях положение ухудшилось. Осуществлению программ репродуктивного здоровья мешают трудности в практической реализации, особенно сложность интеграции услуг в области репродуктивного здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи, так чтобы эти услуги были доступными и по средствам для всех. Во многих системах первичной медико-санитарной помощи потребности подростков в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья до сих пор не находят надлежащего удовлетворения, и многие подростки не имеют доступа к информации и услугам в области охраны их здоровья, с тем чтобы они могли свободно и ответственно делать свой выбор (Организация Объединенных Наций, 1999b, приложение).

Хотя достижению целевых показателей в области репродуктивного здоровья мешает целый ряд различных факторов, пожалуй, ни один из них не представляет большей угрозы, чем глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа. ВИЧ/СПИД увеличивает и без того непомерный груз проблем в области репродуктивного здоровья, который многие люди, и особенно женщины, несут в связи с ИППП и репродуктивной функцией. Эта эпидемия также затрагивает младенцев и малолетних детей, которые либо в результате вертикальной передачи получают вирус от своих матерей или через грудное вскармливание, либо становятся сиротами в результате смерти инфицированных родителей. В связи с этим на специальной сессии Генеральной Ассамблеи по проблеме ВИЧ/СПИДа, состоявшейся с 25 по 27 июня 2001 года, было признано, что эпидемия ВИЧ/СПИДа представляет собой глобальную чрезвычайную ситуацию и одну из самых серьезных угроз жизни и достоинству человека, а также эффективному осуществлению прав человека (см. резолюцию S-26/2 Генеральной Ассамблеи, содержащую Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом).



Потребности в информации для оценки прогресса в области репродуктивных прав и репродуктивного здоровья значительны и разнообразны, однако в удовлетворении некоторых из этих потребностей был достигнут существенный прогресс. В настоящее время имеется большой объем данных по тем аспектам сексуального и репродуктивного здоровья, которые ранее не были охвачены исследованиями, и в ходе различных демографических и медико-санитарных обследований проводится сбор данных по многим аспектам репродуктивных прав, включая данные о гендерных ролях и ожиданиях и о распространенности калечащих операций на женских половых органах и других формах насилия в отношении женщин. В ходе некоторых обследований также собирается информация о наличии симптомов ИППП, а также об уровне информированности и практике в отношении ВИЧ/СПИДа. В результате непрерывного мониторинга со стороны Совместной программы Организации Объединенных Наций по проблеме вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/ СПИДа) (ЮНЭЙДС) получена обширная информация об уровнях и тенденциях в отношении распространенности ВИЧ и смертности от СПИДа во всем мире. Тем не менее мониторинг прогресса в отношении достижения целей в области репродуктивного здоровья все еще остается ограниченным вследствие нехватки информации о подростках, об уровнях и тенденциях распространенности инфекций, передаваемых половым путем, материнской смертности и заболеваемости и о неонатальной смертности. Не хватает также данных о репродуктивном здоровье как мужчин, так и женщин после репродуктивного возраста.

С учетом этой ограниченности данных в настоящем докладе представлен обзор отдельных аспектов репродуктивных прав и репродуктивного здоровья с уделением особого внимания эпидемии ВИЧ/СПИДа. В этом докладе дополнены и обновлены результаты *Доклада о контроле за мировым населением, 1996 год* (Организация Объединенных Наций, 1998), и делается дополнительный упор конкретно на эпидемии ВИЧ/СПИДа. *Доклад о контроле за мировым населением 1996 года* был первым докладом о мониторинге хода осуществления Программы действий в отношении репродуктивных прав и репродуктивного здоровья. Настоящий доклад охватывает проблемы репродуктивных прав и репродуктивного здоровья, связанные с началом репродуктивной жизни; репродуктивным поведением; планированием семьи; абортами; материнской смертно-

стью и заболеваемостью; инфекциями, передаваемыми половым путем; ВИЧ/СПИДом; и с проблемами политики в отношении репродуктивных прав.

## **I. Начало репродуктивной жизни**

Начало репродуктивной жизни является одним из ключевых переходных моментов в жизни человека, когда предпочтения и модели поведения, приобретенные на этом раннем этапе, как правило, определяют ход всей последующей жизни (Организация Объединенных Наций, 1988, 1989, 1998). Этот переходный этап отмечен особо важными жизненными событиями: наступлением половой зрелости, вступлением в первую половую связь, вступлением в брак и началом деторождения. Сроки, последовательность и условия, в которых происходят эти события, имеют непосредственные и долгосрочные последствия для сексуального и репродуктивного здоровья людей. Проведенный недавно обзор результатов исследований подтверждает, что ранняя половая жизнь и негативные последствия ранних браков и деторождений представляют собой угрозу для здоровья (Alan Guttmacher Institute, 1998).

Озабоченность международного сообщества потребностями в области репродуктивного здоровья подростков была впервые высказана на Международной конференции по народонаселению, состоявшейся в Мехико в 1984 году. В одной из рекомендаций, принятых на Конференции (Организация Объединенных Наций, 1984 год, глава I, раздел В), правительствам настоятельно предлагается обеспечить надлежащее воспитание подростков, как мальчиков, так и девочек, включая воспитание в области семейной жизни и половое воспитание, и предоставлять подросткам соответствующую информацию и услуги в области планирования семьи (там же, раздел В.ИИ, рекомендация 29). На Международной конференции по народонаселению и развитию, состоявшейся в Каире в 1994 году, отмечалось, что подростки являются особенно уязвимой группой, и их потребности в области репродуктивного здоровья были рассмотрены в отдельном разделе Программы действий (Организация Объединенных Наций, 1995 год, глава I, резолюция 1, приложение и глава VII, раздел Е). В 1999 году во время проведения обзора и оценки осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию была вновь подчеркнута важность эффективного удовлетворения потребностей подростков в охране

репродуктивного и сексуального здоровья (см. резолюцию S-21/2 Генеральной Ассамблеи, приложение, раздел ).

Растущая озабоченность в отношении репродуктивного здоровья подростков и молодежи отчасти объясняется уже самой численностью соответствующих возрастных когорт. Согласно докладу *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Организация Объединенных Наций, 2001a), в настоящее время почти половину мирового населения — и 63 процента в наименее развитых странах — составляют молодые люди моложе 25 лет, а это означает, что большой контингент людей в ближайшем будущем начнет репродуктивную жизнь. По имеющимся оценкам, часть населения, классифицируемая как «молодежь» — в возрасте от 15 до 24 лет — насчитывает 1 млрд. человек, что составляет почти 18 процентов мирового населения, это приблизительно 14 процентов населения в более развитых регионах и почти 19 процентов населения в менее развитых регионах. Значительное большинство молодежи в мире живет в менее развитых регионах: 61 процент в Азии, 15 процентов в Африке и 10 процентов в Латинской Америке и Карибском бассейне. В последующие десятилетия относительная доля этой возрастной группы в мировом населении будет в целом уменьшаться, однако к 2030 году прогнозируется, что абсолютное количество мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет возрастет во всем мире на 17 процентов и достигнет 1,2 млрд. человек. Наибольший прирост (84 процента) произойдет в Африке, и только в Европе этот возрастной сегмент, как ожидается, сократится. Перед нынешним и будущими поколениями молодых людей стоят важные проблемы, и численность, здоровье и процветание населения мира в будущем будет отчасти зависеть от того, насколько успешно удовлетворяются их потребности в области просвещения и репродуктивного здоровья.

## **Половое созревание**

Половое созревание является признаком вступления подростка в половую зрелость. На этом этапе развития с подростком происходят физические, гормональные, психологические и сексуальные изменения, и он становится способным к воспроизводству. Хотя менархе является лишь одной из составляющих частей процесса полового созревания, в ряде обществ оно по-прежнему считается важной культурной вехой, означающей окончание детства у девочек и их готовность к вступлению в брак и деторождению (Mensch,

Bruce and Greene, 1998). Согласно демографическому и медико-санитарному обследованию, проведенному в Бангладеш в 1997 году, 5 процентов женщин, возраст которых в настоящее время составляет 20–24 года, вступили в брак до достижения 12 лет и 47 процентов — до достижения 15 лет, из чего следует, что значительная доля браков заключалась близко к началу менархе. Тем не менее в большинстве регионов мира распространение образования привело к все большему разрыву во времени между наступлением половой зрелости и вступлением в брак, и между достижением половой зрелости и началом половой жизни и созданием семьи проходит несколько лет.

В разных странах средний возраст менархе весьма различен (Becker, 1993; Morabia and Costanza, 1998). Недавно проведенный обзор по 67 странам (Thomas and others, 2001) свидетельствует о том, что в более развитых регионах менархе происходит в более раннем возрасте, чем в менее развитых регионах, и что такой возраст обратно пропорционально связан с социально-экономическими условиями, уровнем питания и грамотности населения. По данным этого обследования, средний возраст менархе составляет 13,1 года в Европе и Северной Америке, 13,2 года в Латинской Америке и Карибском бассейне, 13,6 года в Океании, 13,8 года в Азии и 14,1 года в Африке. За последнее столетие произошло значительное снижение возраста, когда происходит менархе, в более развитых регионах темпы снижения составили от двух до трех месяцев за десятилетие, что привело к общему снижению такого возраста за столетие примерно на три года (Wyshak and Frisch, 1982), однако эта тенденция, по-видимому, достигла своего верхнего предела. В менее развитых регионах возраст менархе продолжает снижаться параллельно с улучшением питания и состояния здоровья (Chowdhury and others, 2000).

Хотя факты свидетельствуют о том, что у мальчиков половая зрелость наступает на два года позднее, чем у девочек, ощущается нехватка исследований в отношении тенденций и международных сопоставлений относительно возраста наступления половой зрелости у мальчиков, что отчасти объясняется отсутствием стандартизации в отношении биологических признаков полового созревания у мальчиков. Тем не менее имеются разрозненные данные, свидетельствующие об общей тенденции к более раннему половому созреванию и среди мальчиков (McCauley and Salter, 1995). Более раннее половое созревание в сочетании с более поздним заверше-

нием школьного обучения и более поздним вступлением в брак означает рост разрыва между биологической и социально-экономической границами, знаменующими вступление во взрослую жизнь.

### **Начало половой жизни**

Начало половой жизни, как правило, имеет место в подростковом возрасте, в период взросления, экспериментирования и поиска своего «я», когда молодые люди уязвимы и во многих случаях плохо информированы относительно необходимости делать ответственный выбор, который не поставит под угрозу их сексуальное и репродуктивное здоровье (Zabin and Kiragu, 1998). Ограниченный доступ к просвещению и услугам в области охраны репродуктивного здоровья усугубляют их уязвимость в отношении нежелательной беременности, рискованных абортов и ИППП, включая ВИЧ/СПИД. Уже в течение длительного времени не хватает данных о сексуальном поведении молодежи, особенно мужчин. Тем не менее в последнее десятилетие серьезность и масштабы глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа выдвинули проблему сексуального здоровья на передний край исследований и в число важных вопросов политической повестки дня, что способствует сбору данных и охвату мужчин обследованиями. В результате этих усилий по сбору данных появляется все больше литературы, где документально подтверждаются имеющиеся в мире различия в возрасте и условиях вступления в первую половую связь (Alan Guttmacher Institute, 1998; Blanc and Way, 1998; Singh and others, 2000; Population Reference Bureau, 2001; Всемирная организация здравоохранения, 2001a).

В таблице 1 подытожены данные о возрасте и семейном положении молодых женщин и мужчин на момент начала половой жизни по отдельным регионам. Во всех регионах, как это видно, вступление в первую половую связь в подростковом возрасте является преобладающей моделью поведения среди женщин. Доля молодых женщин, ведущих активную половую жизнь до достижения 20 лет, выше всего в Африке и более развитых странах — 79 и 72 процента, соответственно, — и ниже всего в Латинской Америке и Карибском бассейне — 58 процентов. Вступление в первую половую связь в возрасте до 20 лет является преобладающей моделью поведения и среди мужчин. Средняя доля молодых мужчин, кото-

рые начинают половую жизнь до достижения 20 лет, составляет 69 процентов в Африке и 82 процента в Латинской Америке и Карибском бассейне.

Таблица 1  
**Возраст вступления и семейное положение при вступлении в первую половую связь среди мужчин и женщин в возрасте 20–24 лет, по отдельным регионам**

Регион	Число стран	Процент мужчин и женщин, ведущих половую жизнь до достижения 20 лет						
		До достижения 18 лет			В возрасте 18–19 лет			
		Всего	Итого	До вступления в брак	В браке	Итого	До вступления в брак	В браке
<b>Мужчины</b>								
Африка	18	69	48	45	3	21	17	4
Латинская Америка и Карибский бассейн	6	82	65	63	2	17	16	3
<b>Женщины</b>								
Африка	25	79	61	31	29	18	9	9
Латинская Америка и Карибский бассейн	13	58	38	17	21	20	9	11
Более развитые регионы	5	72	50	44	6	22	15	7

*Источники:* Alan Guttmacher Institute, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (New York, 1998), p. 51, appendix table 3; и страновые доклады о различных демографических и медико-санитарных обследованиях.

*Примечание:* средние показатели по регионам являются невзвешенными и основываются только на имеющихся данных по конкретному региону.

Многие подростки вступают в первую половую связь, не получив адекватной информации о потенциальном риске для здоровья, не имея надлежащих навыков и опыта в предохранении и полного доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья. Эта ситуация усугубляется, когда вступление в первую поло-

вую связь происходит в очень раннем возрасте. Дополнительную озабоченность вызывает то, что половая жизнь в очень раннем возрасте часто носит недобровольный или принудительный характер (Heise, Mooge and Toubia, 1995; Всемирная организация здравоохранения, 2001a). По данным последних демографических и медико-санитарных обследований, в ряде африканских стран — Гвинее, Камеруне, Кот-д'Ивуаре, Либерии, Мали, Мозамбике, Нигере, Уганде, Центральноафриканской Республике и Чаде — более четверти женщин, возраст которых в настоящее время составляет 20–24 года, вступили в первую половую связь до достижения 15 лет. В Азиатском регионе большинство обследований в области репродуктивного здоровья проводилось на основе выборок лиц, когда-либо состоявших в браке, однако доля молодых женщин, которые к 15 годам вели половую жизнь в браке, составляет почти одну пятую в Индии и Непале и почти половину в Бангладеш. В Латинской Америке и Карибском бассейне вступление в первую половую связь до достижения 15 лет происходит относительно редко, хотя от 10 до 15 процентов молодых женщин в Доминиканской Республике, Гватемале и Никарагуа начинают половую жизнь до достижения этого возраста. Что касается более развитых регионов, то в Соединенных Штатах Америки распространено более раннее вступление в первую половую связь, чем в остальных странах: 15 процентов молодых женщин и 34 процента молодых мужчин имели первый опыт вступления в половую связь до достижения 15-летнего возраста (Singh and others, 2000).

Преобладание вступления в первую половую связь до достижения 18 лет также является показателем, имеющим отношение к репродуктивному здоровью, так как психологической и эмоциональной незрелости часто сопутствует сопряженное с риском поведение. В Африканском регионе доля женщин, возраст которых в настоящее время составляет 20–24 года и которые начали половую жизнь до достижения 18 лет, составляет более половины в 18 из 25 обследованных стран и превышает 75 процентов в Камеруне, Кот-д'Ивуаре, Либерии, Мали, Мозамбике, Нигере, Центральноафриканской Республике и Чаде. В Латинской Америке и Карибском бассейне доля молодых женщин, ведущих половую жизнь до достижения 18 лет, варьирует от 28 процентов в Мексике до 49 процентов в Никарагуа. Во всех развитых странах, по которым имеются данные, за исключением Польши, доля молодых женщин, ведущих половую жизнь к 18 годам, составляет более половины.

Вступление в первую половую связь до достижения 18 лет также распространено среди мужчин во всем мире. Доля молодых мужчин, ведущих половую жизнь до достижения этого возраста, составляет более половины в 10 из 18 африканских стран и во всех странах Латинской Америки, по которым имеются данные.

Как уже показали ранее другие исследования (Singh and others, 2000), эти данные опровергают давно устоявшееся мнение, что мужчины, как правило, начинают половую жизнь раньше, чем женщины. Гендерные различия в отношении возраста начала половой жизни по регионам неодинаковы. В Африке женщины, как правило, вступают в первую половую связь в более раннем возрасте, чем мужчины: в 16 из 18 обследованных стран отмечается более высокая доля молодых женщин, чем молодых мужчин, которые уже ведут половую жизнь к 20-летнему возрасту. Напротив, в Латинской Америке и Карибском бассейне доля молодых женщин, ведущих половую жизнь к 20-летнему возрасту, значительно ниже, чем доля мужчин.

Если гендерные различия в отношении возраста вступления в первую половую связь относительно невелики и для них не характерны какие-либо общерегиональные закономерности, то гендерные различия, касающиеся соотношения между вступлением в первую половую связь и вступлением в брак, как правило, значительны и единообразны. Средние показатели по регионам, приведенные в таблице 1, свидетельствуют о том, что среди молодых женщин, ведущих половую жизнь к 20-летнему возрасту, 51 процент в Африке и 45 процентов в Латинской Америке и Карибском бассейне начали ее до вступления в брак. Напротив, соответствующая доля мужчин составляет 90 процентов в Африке и 95 процентов в Латинской Америке и Карибском бассейне. Традиционно считается, что в Азии вступление в первую половую связь происходит при вступлении в брак, хотя (поскольку большинство демографических обследований охватывает в основном когда-либо состоявших в браке женщин) имеется мало эмпирических данных о распространенности добрачной половой жизни. Последние исследования, проведенные на основе данных обследований в области репродуктивного здоровья молодежи в возрасте от 17 лет до 21 года в Азии (AYARN), подтверждают, что распространенность добрачной половой жизни среди молодых женщин в Азиатском регионе ниже, чем в других регионах, хотя она высока среди молодых мужчин (Xenos and others, 2001). В более развитых регионах гендерные различия



во вступлении в первую половую связь в сопоставлении с семейным положением, как правило, меньше, поскольку во многих странах начало половой жизни происходит большей частью до брака как у женщин, так и у мужчин.

Ряд исследований свидетельствует о том, что уровень образования существенно влияет на возраст и условия вступления молодых людей в первую половую связь (Blanc, 2000). Связь между более высоким уровнем образования женщин и более поздним началом половой жизни четко прослеживается в странах Африки к югу от Сахары, хотя характер связи между образованием и добрачным сексуальным поведением в разных странах различен (Gage and Meekers, 1994). В Латинской Америке и Карибском бассейне различия в возрасте вступления в первую половую связь в зависимости от уровня образования также, как правило, являются значительными, особенно между женщинами, имеющими начальное образование, и женщинами со средним образованием. Однако полученные в последнее время данные свидетельствуют о том, что образование может по-разному влиять на сексуальное поведение мужчин и женщин. В некоторых странах Африки и Латинской Америки, по которым имеются данные, мужчины со средним образованием чаще ведут половую жизнь к 18-летнему возрасту, чем мужчины, имеющие более низкий образовательный уровень.

Все большее подтверждение получает тот факт, что семейная среда также оказывает влияние на начало половой жизни молодых людей (Gage, 1998). Родители и другие члены семьи играют одну из основных ролей в формировании знаний, ценностей и установок молодых людей, в том числе и в отношении сексуального и репродуктивного здоровья. Ряд исследований свидетельствует о том, сколь большое влияние имеют устойчивость семьи (Gomez, 1993), присутствие отца в семье (Dittus, Jaccard and Gordon, 1997) и диалог между подростками и их родителями (Hutchinson and Cooney, 1998) на более позднее вступление в первую половую связь и сокращение сопряженного с риском поведения.

Что касается тенденций последнего времени в отношении вступления в первую половую связь, то некоторые исследования свидетельствуют о повышении в ряде стран возраста, когда начинается половая жизнь (Blanc and Way, 1998). Эта тенденция может отчасти объясняться более продолжительным периодом обучения, повышением возраста вступления в брак и повышением информ-

рованности об опасности для здоровья и социальном риске раннего вступления в первую половую связь. Изучение стран, по которым имеются данные обследований, полученные с разрывом во времени, подтверждают последние тенденции к повышению возраста вступления в первую половую связь: в 13 из 17 обследованных стран было отмечено сокращение доли молодых женщин, ведущих половую жизнь к 20-летнему возрасту. Согласно последним данным, в Уганде, одной из африканских стран, наиболее серьезно затронутых эпидемией ВИЧ/СПИДа, где осуществляется энергичная программа профилактики, более позднее начало половой жизни женщин и мужчин в значительной мере способствовало недавнему снижению уровня инфицирования среди молодежи (ЮНЭЙДС, 1998 год). В более развитых странах преобладает стабильная картина. В обзоре данных обследований сексуального поведения по 12 европейским странам Бозон и Контула (1998) показали, что после наблюдавшегося в течение двух десятилетий снижения возраста, в котором женщины вступали в первую половую связь, с начала 80-х годов в большинстве стран он стабилизировался.

Несмотря на повышение во многих странах возраста вступления в первую половую связь, повышение возраста вступления в брак, как правило, бывает еще больше, что ведет к увеличению разрыва во времени между вступлением в первую половую связь и вступлением в брак. В результате этого добрачная половая жизнь, в общем, получила еще большее распространение как в более развитых регионах, так и некоторых менее развитых регионах (Carr, Way and Smith, 2001). В Колумбии, например, доля молодых женщин, ведущих половую жизнь до вступления в брак к 20-летнему возрасту, возросла с 35 процентов в 1995 году до 49 процентов в 2000 году.

## **Вступление в брак**

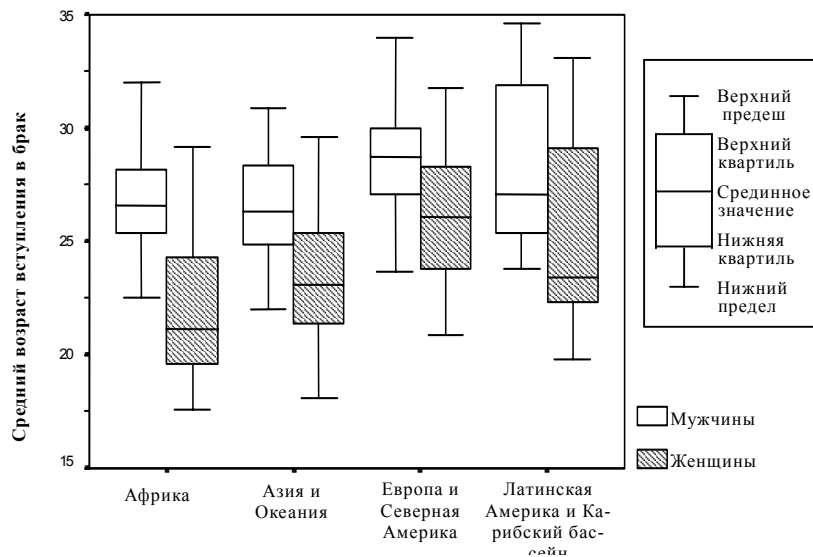
Во всех обществах брак означает важный переходный этап в жизни человека. Хотя во многих случаях вступление в брак более не совпадает с началом половой жизни, брачные союзы остаются преобладающей формой отношений, в рамках которых происходит рождение и воспитание детей. Исследователи и лица, определяющие политику, уделяют все больше внимания возрасту вступления в брак, поскольку он имеет долгосрочные последствия для возможностей жизненного выбора человека, его репродуктивного здоровья

и семейного благополучия (Организация Объединенных Наций, 1990; Singh and Samara, 1996).

Международные конвенции о правах человека предусматривают, что вступление в брак должно осуществляться только со свободного и полного согласия каждого из супругов, однако многие женщины вступают в брак, не имея возможности осуществить свое право выбора, либо они просто слишком молоды, чтобы принять осознанное и ответственное решение (Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2001). Раннее замужество лишает девочку ее юности, уменьшает ее возможности для получения образования, часто ведет к преждевременным родам и ограничивает ее самостоятельность внутри семьи, в том числе способность принимать решения в вопросах, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья (Kishor and Neitzel, 1996). Хотя в большинстве стран приняты законы, регулирующие вопросы брака с точки зрения как минимального возраста вступления в брак, так и необходимости добровольного согласия на это, исполнение принятых законов не всегда обеспечивается и часто они применяются только в отношении союзов, заключенных без согласия родителей. Согласно последним демографическим медико-санитарным обследованиям, доля молодых женщин, которые вышли замуж до достижения 15 лет, превышает 25 процентов в Бангладеш Гвинее, Нигере и Чаде.

Средние по регионам показатели возраста вступления женщин в брак составляют: 21,9 года в Африке; 23,4 года в Азии и Океании; 25,5 года в Латинской Америке и 26,1 года в Европе и Северной Америке (диаграмма I). Во всех регионах возраст вступления в брак мужчин значительно выше, чем женщин, и варьирует от 26,6 года в Азии до 28,8 года в Европе и Северной Америке. Средние по регионам показатели доли когда-либо состоявших в браке женщин и мужчин в возрастной группе от 15 до 19 лет подтверждают эту закономерность. Самая высокая доля когда-либо вышедших замуж женщин в возрасте 15–19 лет отмечается в Африке (25 процентов), за которой следуют Азия и Океания (13 процентов) и Латинская Америка и Карибский бассейн (11 процентов), а наименьшая доля — в Европе и Северной Америке (4 процента). Напротив, доля вступавших в брак мужчин в возрасте 15–19 лет во всех регионах ниже 4 процентов.

Диаграмма I  
**Распределение стран по регионам в соответствии со средним  
 возрастом вступления в брак для мужчин и женщин, на основе  
 самых последних данных**



Источник: Отдел народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций.

В пределах регионов имеются значительные различия в возрасте вступления в брак, особенно среди женщин (Организация Объединенных Наций, 2002). В Африке средний возраст вступления в брак женщин варьирует от 17,6 года в Нигере до более чем 26 лет в Ботсване, Ливийской Арабской Джамахирии, Намибии, Тунисе и Южной Африке. В Азиатском регионе также наблюдается широкий разброс среднего возраста вступления в брак у женщин, который варьирует от приблизительно 18 лет в Афганистане и Бангладеш до более чем 26 лет в Мьянме, Республике Корея, Сингапуре и Японии. В Латинской Америке и Карибском бассейне вступление в брак, как правило, происходит в более позднем возрасте, чем в других менее развитых регионах. Только на Кубе, в Гондурасе и Никарагуа средний возраст вступления в брак женщин составляет менее 21 года. В Европе и Северной Америке преобла-

дает тенденция позднего вступления в брак, хотя для восточноевропейских стран, как правило, характерны более ранние браки, чем в остальных европейских странах. В Ирландии, Исландии, Норвегии, Финляндии, Франции и Швеции средний возраст вступления в брак женщин составляет 30 лет.

Самые большие гендерные различия в возрасте вступления в брак отмечаются в Африке, где они в среднем составляют 5 лет по сравнению с 3,2 года в Азии и 2,8 года в Европе и Северной Америке, а также в Латинской Америке и Карибском бассейне. В ряде африканских стран, таких как Буркина-Фасо, Гамбия, Гвинея, Конго, Кот-д'Ивуар, Мавритания и Мали, и в некоторых азиатских странах, таких как Афганистан, средний разрыв между средним возрастом вступления в брак мужчин и женщин превышает 7 лет. Большая разница в возрасте супругов способствует неравенству их положения с точки зрения правомочий, усиливает зависимость женщин и часто ограничивает возможности женщин в плане принятия решений в вопросах, касающихся их сексуального и репродуктивного здоровья (Mensch, Bruce and Greene, 1998).

Что касается последних тенденций в области заключения браков, то в большинстве регионов мира зарегистрирована общая тенденция к отсрочке вступления в брак (Singh and Samara, 1996). Общеизвестно, что значительную роль в этой тенденции играет рост заинтересованности в получении образования (Jejeebhoy, 1995; Организация Объединенных Наций, 1995b; Lloyd and Mensch, 1999). Во всем мире средний возраст вступления в первый брак повысился за последние десять лет на 1,6 года среди женщин и на 1,2 года среди мужчин. Тенденция к более позднему вступлению в брак была наиболее выраженной в Европе и Северной Америке, где средний возраст вступления в брак как у мужчин, так и у женщин повысился приблизительно на 2,5 года. Результаты одного недавно проведенного исследования также свидетельствуют о значительном повышении с начала 90-х годов возраста вступления в брак в европейских странах, экономика которых переживает переходный период, где традиционно наблюдалась тенденция к заключению относительно ранних браков (Детский фонд Организации Объединенных Наций, 1999). В Африке средний возраст вступления в брак повысился в среднем на 1,6 года у женщин и на 0,8 года у мужчин. Сдвиг в сторону более поздних браков весьма значителен в ряде стран, особенно в Северной Африке. Средний возраст вступления в брак женщин повысился более чем на два года в Бенине, Кабо-

Верде, Кот-д'Ивуаре, Судане и Тунисе и более чем на три года в Алжире, Марокко и Эфиопии. В Азиатском регионе возраст вступления в брак в целом повысился на 1,2 года у женщин и 0,9 года у мужчин, а в некоторых странах, таких как Индонезия, Мьянма, Филиппины и Япония, средний возраст вступления в брак у женщин вырос почти на 2 года. В Латиноамериканском и Карибском регионе средний возраст вступления в брак в среднем повысился на 1,2 года как у женщин, так и у мужчин, хотя в некоторых странах, таких как Гаити, Гондурас, Доминиканская Республика, Колумбия, Парагвай, Сальвадор и Чили, средний возраст вступления в брак женщин даже несколько снизился.

Между странами существуют значительные различия в том, что касается брачных обычаев, и тип брачного соглашения может оказывать существенное влияние на законные права, обязательства и социальную защиту, предоставляемую супругам и детям. В некоторых районах мира консенсуальные союзы признаются обществом в качестве приемлемой ячейки для рождения и воспитания детей. Рост сожителства стал одной из наиболее заметных черт второго демографического переходного периода в более развитых странах (Klijzing and Macuga, 1997; Kiernan, 1999; Bumpass and Lu, 2000). Хотя во многих обществах сожителство является бездетной стадией, которая играет роль испытательного срока, предшествующего браку, в других странах, таких как скандинавские страны и Франция, консенсуальные союзы и брачные союзы становятся все более схожими в плане репродуктивного поведения (Brown and Dittgen, 2000). По меньшей мере пятая часть молодых женщин в возрасте 20–24 лет в Дании, Финляндии, Франции и Швеции живут в консенсуальных союзах. В 90-х годах несколько европейских стран приняли законы о партнерстве, которые предусматривают уравнение некоторых прав, льгот и обязанностей пар, состоящих в браке, и зарегистрированных пар, не состоящих в браке (Bradley, 2001).

Консенсуальные союзы характерны не только для развитых стран. Сосуществование официальных браков и консенсуальных союзов давно является отличительной чертой брачных моделей в Латинской Америке и Карибском бассейне (De Vos, 2000). Доля консенсуальных союзов среди женщин в возрасте 15–19 лет и 20–24 лет фактически превышает долю законных браков в Доминиканской Республике, Гаити, Гондурасе, Колумбии, Никарагуа, Панаме, Перу, Сальвадоре и на Ямайке. Ряд исследований показал, что в этом регионе консенсуальные союзы во многом схожи с брачными

союзами в том, что касается рождения детей, хотя они обеспечивают меньшую правовую защиту и финансовую поддержку женщинам и детям в случае распада союза (Quilodrán, 1999). Консенсуальные союзы также относительно распространены в странах Африки к югу от Сахары (Thigiat, 1999). Доля консенсуальных союзов среди женщин в возрасте 15–24 лет превышает долю законных браков в Ботсване, Кабо-Верде, Либерии, Мозамбике, Руанде, Сан-Томе и Принсипи и в Центральноафриканской Республике.

## II. Репродуктивное поведение

### Уровни фертильности и тенденции

В течение истекшего десятилетия коэффициенты фертильности продолжали снижаться в большинстве стран. В целом во всем мире уровень рождаемости сократился с 3,4 ребенка на женщину в 1985–1990 годах до 2,8 ребенка в 1995–2000 годах (таблица 2). В более развитых регионах рождаемость снизилась с 1,8 ребенка на женщину в 1985–1990 годах до показателей значительно ниже уровня воспроизводства и в среднем составляла 1,6 ребенка на женщину в 1995–2000 годах. Средний общий коэффициент фертильности для менее развитых регионов снизился с 3,8 ребенка на женщину в 1985–1990 годах до 3,1 в 1995–2000 годах. За этими средними показателями скрываются значительные различия между регионами и внутри них.

Таблица 2

#### Общий коэффициент фертильности с разбивкой по основным районам и регионам, 1970–1975 годы и 1995–2000 годы

Основной район, регион или группа	1970–1975	1985–1990	1990–1995	1995–2000
Во всем мире . . . . .	4,5	3,4	3,0	2,8
Более развитые регионы <sup>a</sup> . . . . .	2,1	1,8	1,7	1,6
Менее развитые регионы <sup>b</sup> . . . . .	5,4	3,8	3,4	3,1
Наименее развитые страны . . . . .	6,6	6,0	5,7	5,5
Африка . . . . .	6,7	6,0	5,6	5,3
Восточная Африка . . . . .	7,0	6,7	6,3	6,1
Центральная Африка . . . . .	6,3	6,6	6,5	6,4

<i>Основной район, регион или группа</i>	<i>1970–1975</i>	<i>1985–1990</i>	<i>1990–1995</i>	<i>1995–2000</i>
Северная Африка . . . . .	6,3	4,8	4,1	3,6
Юг Африки . . . . .	5,5	4,1	3,5	3,3
Западная Африка . . . . .	7,0	6,7	6,4	5,9
Страны Африки к югу от Сахары	6,8	6,4	6,1	5,8
Азия . . . . .	5,1	3,4	2,9	2,7
Восточная Азия . . . . .	4,5	2,4	1,9	1,8
Южная часть Центральной Азии . . . . .	5,6	4,4	4,0	3,6
Юго-Восточная Азия . . . . .	5,5	3,7	3,2	2,8
Западная Азия . . . . .	5,6	4,7	4,2	3,9
Европа . . . . .	2,2	1,8	1,6	1,4
Восточная Европа . . . . .	2,2	2,1	1,6	1,3
Северная Европа . . . . .	2,1	1,8	1,8	1,7
Южная Европа . . . . .	2,5	1,6	1,4	1,3
Западная Европа . . . . .	1,9	1,6	1,6	1,5
Латинская Америка и Карибский бассейн . . . . .	5,0	3,4	3,0	2,7
Карибский бассейн . . . . .	4,4	3,1	2,7	2,5
Центральная Америка . . . . .	6,4	3,9	3,4	3,0
Южная Америка . . . . .	4,7	3,2	2,8	2,6
Северная Америка . . . . .	2,0	1,9	2,0	2,0
Океания . . . . .	3,2	2,5	2,5	2,4
Австралия/Новая Зеландия . . . . .	2,6	1,9	1,9	1,8
Меланезия . . . . .	5,8	4,9	4,8	4,4
Микронезия . . . . .	4,8	3,8	4,1	4,3
Полинезия . . . . .	5,5	4,1	3,7	3,2

*Источник:* World Population Prospects: The 2000 Revision, vol. I, Comprehensive Tables (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.01.XIII.8).

<sup>a</sup> Включая все регионы Европы, Северной Америки, а также Австралию, Новую Зеландию и Японию.

<sup>b</sup> Включая все регионы Африки, Азии (за исключением Японии) и Латинскую Америку и Карибский бассейн, а также регионы Меланезии, Микронезии и Полинезии.

Особенно быстро снижение рождаемости происходило в Северной Африке, где за 10 лет — с 1985–1990 годов по 1995–2000 годы — общий коэффициент фертильности снизился на 1,2 ребенка на женщину. В других менее развитых регионах



уменьшение коэффициента за тот же период колебалось от 0,2 ребенка на женщину в Центральной Африке до 0,9 ребенка на женщину в Юго-Восточной Азии и Центральной Америке. Среди развитых районов рождаемость снизилась с и без того низких уровней в Европе до 1,4 ребенка на женщину, в то время как в Северной Америке рождаемость возросла с 1,9 ребенка на женщину в 1985–1990 годах до 2,0 ребенка на женщину в 1995–2000 годах.

Распределение стран в соответствии с уровнем фертильности претерпело огромные изменения с 70-х годов. К концу 90-х годов в 50 странах, в большинстве своем это страны Африки к югу от Сахары, уровень фертильности был более 5 детей на женщину. В 15 из этих стран с населением в общей сложности 150 млн. человек, которые расположены к югу от Сахары и входят, за исключением одной, в группу наименее развитых стран, не было отмечено никаких признаков сокращения рождаемости. Однако в остальных 35 странах наблюдаются признаки того, что рождаемость начала снижаться.

К концу 90-х годов общий уровень рождаемости составлял от 3 до 5 детей на женщину, и снижался в 46 развивающихся странах, включая 15 стран в Африке, 16 — в Азии, 10 — в Латинской Америке и Карибском бассейне и 5 — в Океании. В последнее время сокращение рождаемости в этих странах, по-видимому, шло более низкими темпами (в среднем на 0,1 ребенка на женщину в год) по мере того, как уровень рождаемости приблизился к показателю 3 ребенка на женщину.

Темпы сокращения рождаемости снизились в двух странах Азии с большим населением — Индии и Бангладеш. В Индии рождаемость стабилизировалась на уровне примерно 5,5–5,7 ребенка на женщину в период с 60-х по начало 70-х годов и затем снизилась до примерно 4 детей на женщину к концу 80-х годов. Однако в течение 90-х годов снижение рождаемости замедлилось, и в конце 90-х годов рождаемость достигла уровня 3,3 ребенка на женщину. В Бангладеш общий уровень рождаемости сократился с 6,3 ребенка на женщину в 1971–1975 годах до 3,4 ребенка на женщину в 1991–1993 годах (снижение в среднем на 0,8 ребенка на женщину за каждые пять лет), однако с тех пор он остается относительно стабильным и составляет около 3,3 ребенка на женщину. Темпы снижения рождаемости были низкими также в ряде стран Латинской Америки и Карибского бассейна с относительно высокими коэффициентами

фертильности (более 3,5 ребенка на женщину), особенно в Сальвадоре, на Гаити, в Парагвае и Перу. С другой стороны, в некоторых развивающихся странах, таких как Алжир, Иордания и Ливийская Арабская Джамахирия, в 90-х годах наблюдалось быстрое снижение рождаемости.

В конце 90-х годов общий коэффициент фертильности был ниже трех рождений на женщину, но выше уровня воспроизводства в 26 развивающихся странах, включая Бразилию, Индонезию, Исламскую Республику Иран, Мексику, Южную Африку, Турцию и Вьетнам. В течение этого десятилетия тенденции в области рождаемости в этой группе стран были весьма многообразными. В Израиле и Панаме общая рождаемость стабилизировалась на уровне 2,9–3,1 ребенка на женщину. В Исламской Республике Иран общий коэффициент фертильности резко снизился с 6,6 ребенка на женщину в 1984 году до 2,5 ребенка на женщину в 1996 году, причем особенно быстро снижение происходило в 90-х годах (Abbasi-Shavazi, 2001). Во Вьетнаме общий коэффициент фертильности упал с более чем 7 детей на женщину в 60-х годах до примерно 4 детей на женщину в конце 80-х годов и 2,3 ребенка на женщину в середине 90-х годов. В Бразилии происходило непрерывное и быстрое снижение рождаемости: общая рождаемость сократилась с 5,7 ребенка на женщину в 1965 году до 3,7 ребенка на женщину в 1989–1991 годах и 2,3 ребенка на женщину в 1996 году (Bozon and Enoch, 1999).

Эти тенденции привели к дальнейшей диверсификации уровней фертильности внутри развивающихся регионов и между ними. С 80-х годов общая рождаемость быстро сократилась в Северной Африке, хотя большинству стран Африки, расположенных к югу от Сахары, еще не пришлось в полной мере испытать снижение рождаемости в тех масштабах, в каких оно происходило в других регионах. Низкие уровни фертильности теперь характерны для значительных частей Азии. Густонаселенная Восточная Азия стала регионом с уровнем рождаемости ниже уровня воспроизводства, однако в некоторых частях Западной и Южной Азии сохраняются районы с высокой рождаемостью. Изменения среднего уровня рождаемости и различия в общей рождаемости между странами Латинской Америки и Карибского бассейна не столь значительны, как в других крупных районах.

Приблизительно 44 процента мирового населения сегодня живет в странах с уровнем рождаемости ниже уровня воспроизводства. Поскольку к этой группе относится и Китай, население развивающихся стран с уровнем рождаемости ниже уровня воспроизводства (1,5 млрд.) по численности превышает население развитых стран с уровнем рождаемости ниже уровня воспроизводства (1,2 млрд.). Во многих странах рождаемость упала гораздо ниже прогнозирувавшихся уровней. В 23 европейских странах, в Армении, на Кубе, в Японии и Республике Корея, а также в двух Специальных административных районах Китая (Гонконге и Макао) общий коэффициент фертильности в настоящее время составляет 1,5 рождения на женщину или ниже.

### **Возрастная структура фертильности**

На начальных этапах снижения рождаемости в развитых странах оно было более значительным в старших, нежели в младших возрастных группах, что привело к снижению среднего детородного возраста. Аналогичный характер изменений типичен и для некоторых развивающихся стран, где первоначальное снижение рождаемости в молодом возрасте вследствие повышения возраста вступления в брак ниже снижения фертильности среди женщин более старшего возраста. Однако это не является общим правилом. Изменения в возрастной структуре фертильности в основных районах и регионах различны.

В Африке число деторождений, по-видимому, равномерно распределено между женщинами более старшего и более молодого возраста, но в большинстве других основных районов почти две трети деторождений происходит до достижения женщинами 30-летнего возраста. Разброс в возрастной структуре деторождения особенно широк между регионами Европы. В Восточной Европе на женщин моложе 30 лет приходится 79 процентов общей рождаемости, тогда как в Западной Европе соответствующая доля составляет 56 процентов. В 90-х годах не наблюдалось значительных изменений в динамике деторождения в Африке и Латинской Америке, хотя повышение детородного возраста очевидно во всех регионах Европы, особенно в Южной Европе, и в Восточной Азии.

Возрастная структура фертильности, уровни которой ниже уровня воспроизводства, характеризуется снижением фертильности

у молодых женщин, откладывающих рождение ребенка на период, когда им будет за 30 или даже более лет. Таким образом, средний возраст, когда происходит деторождение, неуклонно повышается. Массовая отсрочка родов может стать причиной быстрого сокращения периодических коэффициентов фертильности, и последующее восстановление рождаемости женщинами из различных групп может привести к временному увеличению периодической фертильности. Предполагаемая степень восстановления старшими возрастными группами (старше 30 лет) фертильности, упущенной в более молодом возрасте, становится, таким образом, исключительно важным элементом в определении будущих тенденций в области периодической общей фертильности (Bongaarts and Feeney, 1998; Lesthaeghe and Willems, 1999).

Короткие интервалы между родами и роды у матерей моложе 18 лет или старше 34 лет представляют опасность для здоровья и риск смерти как для матери, так и ребенка. Репродуктивная заболеваемость и смертность в большей степени характерны для женщин, которые беременеют в самом начале или самом конце их репродуктивной жизни. Данные по 38 развивающимся странам на конец 90-х годов свидетельствуют о том, что в ряде стран Африки, в Бангладеш, Индии, Доминиканской Республике и Никарагуа более 10 процентов родов происходят у матерей моложе 18 лет. Эти данные указывают также на то, что во всех развивающихся странах значительная доля родов происходит с интервалом менее чем в два года. Распространенность коротких интервалов между родами особенно высока в Азии: доля родов с интервалами менее 24 месяцев колеблется от 10 процентов в Индонезии до 35 процентов в Иордании. Короткие интервалы между родами также являются распространенным явлением в Латинской Америке и Карибском бассейне, где в большинстве обследованных стран около 20–25 процентов родов происходит с интервалом менее двух лет. Репродуктивное поведение во многих странах Африки к югу от Сахары, особенно продолжительное грудное вскармливание, ограничивает распространенность коротких интервалов между родами — в 13 из 19 обследованных стран доля интервалов между родами короче 24 месяцев составляла менее 20 процентов.

## Факторы, влияющие на снижение фертильности

Индустриализация, урбанизация и модернизация общества, включая распространение образования, возросшие шансы детей на выживание и более широкое применение противозачаточных средств являются основными движущими силами снижения фертильности. Различные сочетания конкретных компонентов этих социальных изменений влияют на темпы снижения рождаемости и, таким образом, на существующие уровни фертильности в тот или иной период. Самые быстрые темпы снижения рождаемости наблюдались в странах, которые на начало снижения рождаемости находились на относительно высоких уровнях развития.

Решающая роль образования как фактора снижения рождаемости получила широкое подтверждение. Образование, особенно образование женщин, вооружает людей знаниями, повышает их информированность и усиливает воздействие на них средств массовой информации, формирует у них умения и навыки для наемного труда, повышает участие женщин в принятии решений в семье и возможность более продуктивно использовать свое время. Возросшие возможности и самостоятельность женщин меняют их репродуктивное поведение, главным образом благодаря способности женщин контролировать свою фертильность. Образование также является одним из главных основополагающих факторов, влияющих на возраст вступления в первый брак и на применение средств контрацепции — два важных обстоятельства, непосредственно влияющих на фертильность. Даже несколько лет формального образования изменяют положение: в большинстве стран женщины с начальным образованием имеют меньше детей, чем женщины вообще без образования (Организация Объединенных Наций, 1995b).

В таблице 3 представлены уровни фертильности женщин в различных образовательных категориях по 51 развивающейся стране. В конце 90-х годов средний общий коэффициент фертильности для этих стран был на 2,7 ребенка меньше у женщин со средним или высшим образованием, чем у женщин без образования. Кроме того, национальные различия в фертильности, обусловленные образованием, не единообразны внутри регионов и в разных регионах. В Африке и Азии разница в общей фертильности женщин, не имеющих школьного образования, и женщин по крайней мере со средним образованием, колеблется от 0,1 ребенка на женщину в Индонезии и Иордании до 4 или более детей на женщину в Бахрей-

не, Буркина-Фасо, Кабо-Верде, Омане и Объединенных Арабских Эмиратах.

Таблица 3  
**Общие коэффициенты фертильности в соответствии с уровнем образования женщин, по отдельным развивающимся странам**

Страна	Год обследования	Уровень образования			Среднее или высшее	Разница (без образования — среднее или высшее образование)
		Итого	Без образования	Начальное		
<b>Африка</b>						
Бенин . . . . .	1996	6,3	7,0	5,0	3,2	3,8
Буркина-Фасо . . . . .	1999	6,8	7,1	5,4	2,9	4,2
Гана . . . . .	1998	4,6	5,8	4,9	2,8	3,0
Гвинея . . . . .	1999	5,5	5,9	4,8	3,5	2,4
Египет . . . . .	2000	3,5	4,1	3,4	3,2	0,9
Замбия . . . . .	1996	6,1	6,8	6,7	4,5	2,3
Зимбабве . . . . .	1999	4,0	5,2	4,5	3,4	1,8
Кабо-Верде . . . . .	1998	4,0	6,9	3,5	2,2	4,7
Камерун . . . . .	1998	5,2	6,6	5,3	3,6	3,0
Кения . . . . .	1998	4,7	5,8	4,8	3,5	2,3
Коморские Острова . . . . .	1996	5,1	5,8	5,3	3,6	2,2
Ливийская Арабская Джамахирия . . . . .	1995	4,1	5,2	3,9	3,3	1,9
Мадагаскар . . . . .	1997	6,0	6,8	6,5	4,2	2,6
Мали . . . . .	1996	6,7	7,1	6,5	4,1	3,0
Марокко . . . . .	1995	3,3	4,0	2,4	1,9	2,1
Мозамбик . . . . .	1997	5,6	5,8	5,7	3,7	2,1
Нигер . . . . .	1998	7,5	7,8	6,7	4,6	3,2
Нигерия . . . . .	1999	5,2	6,1	5,6	4,9	1,2
Объединенная Республика Танзания . . . . .	1996	5,6	6,5	5,1	4,9	1,6
Сенегал . . . . .	1997	5,7	6,3	5,2	3,1	3,2
Судан . . . . .	1993	4,6	5,4	5,2	3,6	1,8
Того . . . . .	1998	5,4	6,5	4,8	2,7	3,8
Тунис . . . . .	1995	3,2	4,2	2,7	1,6	2,6
Уганда . . . . .	1995	6,9	7,0	7,1	5,2	1,8
Эритрея . . . . .	1995	6,1	6,9	5,5	3,0	3,9

Страна	Год обследования	Уровень образования			Среднее или высшее	Разница (без образования — среднее или высшее образование)
		Итого	Без образования	Начальное		
Эфиопия . . . . .	2000	5,9	6,2	5,1	3,1	3,1
<b>Азия</b>						
Бангладеш . . . . .	1997	3,4	3,8	3,3	2,6	1,2
Бахрейн . . . . .	1995	3,2	7,0	3,7	3,0	4,0
Индия . . . . .	1999	2,9	3,5	2,6	2,0	1,5
Индонезия . . . . .	1997	2,8	2,7	3,0	2,6	0,1
Иордания . . . . .	1997	4,4	4,6	4,5	4,5	0,1
Йемен . . . . .	1997	6,5	6,9	4,7	3,1	3,8
Катар . . . . .	1998	3,9	6,5	4,0	3,7	2,8
Кувейт . . . . .	1996	4,1	5,7	5,1	3,4	2,3
Ливан . . . . .	1996	2,4	3,6	2,7	1,7	1,9
<b>Объединенные Арабские Эмираты . . . . .</b>						
Оман . . . . .	1995	4,9	7,3	5,3	3,3	4,0
Саудовская Аравия . . . . .	1995	7,1	8,6	7,5	3,8	4,8
Саудовская Аравия . . . . .	1996	5,7	7,4	5,6	4,6	2,8
Сирийская Арабская Республика . . . . .	1993	4,2	5,3	3,8	2,8	2,5
Турция . . . . .	1998	2,6	3,9	2,6	1,6	2,3
Филиппины . . . . .	1998	3,7	5,0	5,0	3,3	1,7
<b>Латинская Америка и Карибский бассейн</b>						
Боливия . . . . .	1998	4,2	7,1	5,8	2,7	4,4
Бразилия . . . . .	1996	2,5	5,0	3,0	1,5	3,5
Гватемала . . . . .	1999	5,0	6,8	5,2	2,9	3,9
Доминиканская Республика . . . . .	1996	3,2	5,0	4,3	2,6	2,4
Колумбия . . . . .	2000	2,6	4,0	3,6	2,4	1,6
Никарагуа . . . . .	1998	3,9	6,1	4,1	2,7	3,4
Парагвай . . . . .	1996	4,4	6,9	4,7	2,4	4,5
Перу . . . . .	1996	3,5	6,9	5,0	3,0	3,9
Сальвадор . . . . .	1998	3,6	5,0	3,6	2,4	2,6
Эквадор . . . . .	1999	3,4	5,6	4,2	2,9	2,7

Источник: демографические и медико-санитарные обследования (Calverton, Maryland, Macro International, Inc.).

Почти в половине стран, приведенных в таблице 3, общий коэффициент фертильности у женщин со средним или высшим образованием был ниже 3 детей на женщину. В Латинской Америке во всех 10 странах общий коэффициент фертильности среди более образованных женщин составлял 3 или менее детей на женщину, а в Бразилии — всего 1,5 ребенка на женщину. Сравнение с полученными ранее данными показывает, что рождаемость сократилась во всех образовательных группах, в том числе и у необразованных женщин. Например, в Гане рождаемость у необразованных женщин сократилась с 7,1 рождений на женщину в 1988 году до 5,8 в 1998 году; у женщин со средним или более высоким уровнем образования рождаемость упала с показателя между 6,8 и 4,9 рождений в 1988 году до всего 2,8 рождений на женщину в 1998 году. Сокращение рождаемости, обусловленное уровнем образования, усиливается сокращением, вызванным другими факторами, такими как повышение возраста вступления в брак и применение контрацептивов.

Снижение рождаемости в странах Европы и Северной Америки было связано со снижением брачной фертильности, повышением возраста вступления в брак, ростом коэффициента разводимости и распространением сожительства, в то время как в Восточной Азии компоненты сокращения рождаемости ограничивались снижением брачной фертильности и повышением возраста вступления в брак. Факторы, обуславливающие различные модели репродуктивного поведения, при котором уровень рождаемости ниже уровня воспроизводства, носят комплексный характер. Изменения ценностной ориентации в результате повышения личной самостоятельности во всех областях согласуются с образом жизни, при котором люди сами делают выбор в отношении вступления в брак и сожительства, и они вольны иметь детей в браке или вне брака, воспитывать их в одиночку или с партнером, заводить их в более раннем или более позднем возрасте или вообще не иметь (McDonald, 1994; Lesthaeghe and Willems, 1999; Van de Kaa, 1999). Конкретные компоненты этих социальных перемен, вероятно, оказывают различное влияние на репродуктивное поведение. Поскольку относительно небольшие изменения в репродуктивном поведении в обществах с уровнем рождаемости ниже уровня воспроизводства меняют знак (положительный/отрицательный) роста населения и определяют разницу между медленным и быстрым старением населения, особенно важ-



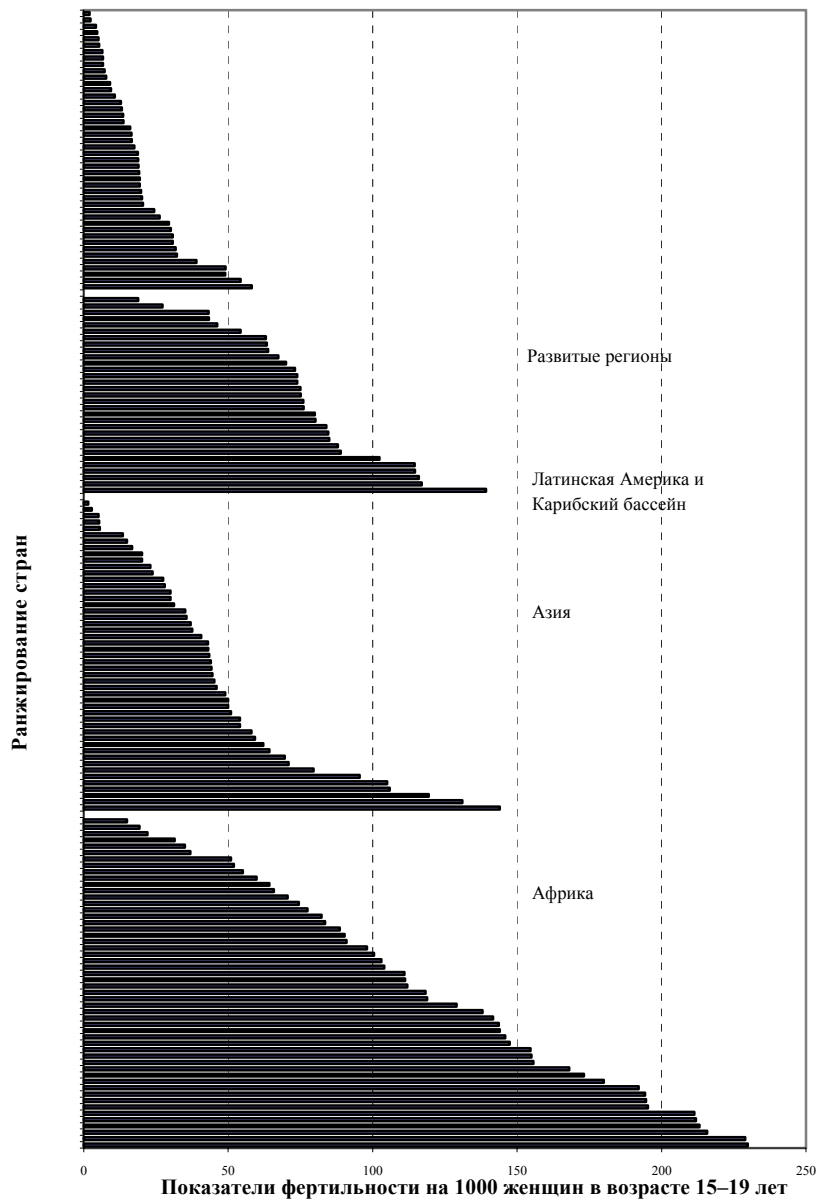
но содействовать более глубокому пониманию тенденций и структуры фертильности там, где она ниже уровня воспроизводства.

### **Деторождение в подростковом возрасте**

Деторождение в раннем возрасте, особенно до достижения 18-летия, сопряжено с опасностью материнской смертности, уровень которой значительно превышает средний показатель, и у детей юных матерей уровни заболеваемости и смертности также выше. Ранняя беременность может также помешать образованию молодой женщины и поставить под угрозу ее экономические перспективы, способность зарабатывать и общее благополучие. Юные матери могут передать своим детям слабое здоровье, неадекватное образование и существование на грани выживания, обрекая их на порочный круг нищеты, из которого трудно вырваться.

Согласно оценкам, в 1995–2000 годах порядка 14 млн. женщин в возрасте 15–19 лет во всем мире каждый год становились матерями; рожали 12,8 млн. подростков. В 1995–2000 годах уровень подростковой фертильности в мире в целом составлял 54 рождения на 1000 женщин. В более развитых регионах этот уровень составлял 29 на 1000, в то время как в менее развитых регионах уровень подростковой фертильности был почти вдвое выше — 58 рождений на 1000 женщин. В среднем рождение детей у подростков наиболее распространено в странах Африки к югу от Сахары (132 рождения на 1000 женщин), и наименее — в Европе (25 рождений на 1000 женщин). Как показано на диаграмме II, нынешние уровни подростковой фертильности весьма различны во всех основных районах.

Диаграмма II  
 Повозрастная фертильность женщин в возрасте 15–19 лет, конец  
 90-х годов



Источник: Отдел народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций.

Для стран Африки характерны самые высокие уровни подростковой фертильности, а также самые большие различия в ее коэффициентах по сравнению с другими районами. Кроме того, из 20 стран, по которым имеются данные, полученные на два момента времени в течение 90-х годов, показатели подростковой фертильности выросли в 6 странах: Гвинее, Зимбабве, Кении, на Мадагаскаре, в Нигере и Чаде. В остальных 14 странах коэффициенты подростковой фертильности снизились в 90-х годах, причем в 6 странах — более чем на 20 рождений на 1000 женщин. Несмотря на значительное сокращение подростковой фертильности в Камеруне, Кот-д'Ивуаре, Нигерии и Сенегале, повозрастные коэффициенты фертильности у женщин в возрасте 15–19 лет в конце 90-х годов превышали 100 рождений на 1000 женщин.

Во многих странах Азии повышение возраста вступления в брак и низкая распространенность родов в добрачный период привели к низким уровням рождаемости у подростков. В 28 странах Азии эти показатели были ниже 50 рождений на 1000 женщин, однако в 10 странах они превышали 100 рождений на 1000 женщин. Из 25 стран Азии, по которым имеются данные, полученные на два момента времени в течение 90-х годов, в пяти было зарегистрировано снижение показателей более чем на 20 рождений на 1000 женщин.

В большинстве стран Латинской Америки и Карибского бассейна подростковая фертильность находится в пределах 50–100 рождений на 1000 женщин; в 5 странах были достигнуты уровни ниже 50, а в 6 странах показатели фертильности у женщин в возрасте 15–19 лет превышали 100 рождений на 1000 женщин. Показатели подростковой фертильности в Латинской Америке и Карибском бассейне остаются относительно высокими, даже несмотря на то, что общие коэффициенты фертильности в большинстве стран к концу 90-х годов снизились (Guzmán and others, 2001). Например, в Бразилии с 1990 по 1995 год общая фертильность снизилась с 3,7 до 2,6 рождений на 1000 женщин, хотя подростковая фертильность возросла с 76 до 88 рождений на 1000 женщин.

Подростковая фертильность в настоящее время составляет менее 50 рождений на 1000 женщин во всех развитых странах, за исключением двух — Украины и Республики Молдова. В Болгарии и Соединенных Штатах Америки подростковая фертильность снизилась, соответственно, с 70 и 61 рождения на 1000 женщин в

1990 году до 49 на 1000 женщин в 2000 году. Показатели фертильности ниже 20 рождений на 1000 женщин характерны для большинства развитых стран, а в Словении, Японии и некоторых странах Западной Европы регистрируется не более и даже менее 5 рождений на 1000 женщин. Во многих странах Восточной Европы и балтийских государствах в 90-х годах произошло быстрое снижение рождаемости у подростков. Например, в Российской Федерации повозрастные коэффициенты фертильности для женщин в возрасте 15–19 лет снизились с 56 на 1000 женщин в 1990 году до 30 на 1000 женщин в 1999 году. Отчасти это снижение связано с ростом числа поступающих в учебные заведения и, в более общем плане, с ростом социальных устремлений взрослых молодых людей, что было отмечено в ряде обследований, проведенных в Москве и областях (Magun, 1998).

## **Бесплодие**

От 8 до 12 процентов всех пар в мире сталкиваются в своей репродуктивной жизни с той или иной формой бесплодия (Всемирная организация здравоохранения, 1991). Бесплодие определяется как неспособность либо зачать ребенка в результате нормальной половой жизни без использования контрацептивов, либо доносить его до конца полного срока беременности. Бесплодием могут страдать как мужчины, так и женщины репродуктивного возраста. В отличие от намеренной бездетности, которая может быть обусловлена социальными, культурными, экономическими и психологическими факторами, причины бесплодия носят биологический характер, и оно препятствует реализации в полной мере репродуктивного здоровья мужчин и женщин.

Бесплодие определяется как «первичное», когда женщина вообще неспособна родить живого ребенка, и как «вторичное», когда женщина становится бесплодной после рождения одного или двух детей. Бесплодие может быть вызвано врожденными недостатками или оно может быть приобретенным в результате таких моделей поведения, как ранняя половая жизнь и наличие многочисленных партнеров, что чревато ЗППП. Генетические, анатомические, эндокринологические или иммунологические факторы обуславливают уровень первичного бесплодия в 3–10 процентов. Распространенность вторичного бесплодия среди женщин в возрасте 40 лет и старше, чаще всего вызванного заболеваниями, передаваемыми по-

ловым путем, колеблется от 4 процентов в некоторых странах Южной Америки и Ближнего Востока до 29 процентов в ряде стран Африки к югу от Сахары (AbouZahr, Ahman and Guidotti, 1998).

В странах с низкой рождаемостью причиной бесплодия часто является намеренная отсрочка деторождения. Вероятность забеременеть с возрастом уменьшается. Поэтому, если молодые женщины откладывают рождение детей и затем пытаются наверстать упущенное через 10 или более лет, возрастает вероятность того, что они не смогут зачать ребенка.

Динамика распространенности бесплодия, как представляется, в развивающихся и развитых странах противоположна. В первых улучшения в предупреждении и лечении ИППП, рост обеспеченности антибиотиками и их доступности способствуют снижению бесплодия (которое заметнее всего проявляется во временном росте показателей периодической фертильности до начала снижения фертильности), тогда как во вторых получающая все большее распространение отсрочка деторождения наряду с распространенным стремлением пройти лечение от бесплодия ведет, согласно сообщениям, к росту распространенности бесплодия.

### **III. Планирование семьи**

Планирование семьи давно является одним из основных компонентов демографической политики и программ и неотъемлемым элементом концепции репродуктивного здоровья. Оно позволяет парам и отдельным лицам осуществлять свое основное право на свободное принятие ответственного решения относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения, право, установленное на Всемирной конференции Организации Объединенных Наций по народонаселению в 1974 году и подтвержденное на Международной конференции по народонаселению и развитию, состоявшейся в Каире в 1994 году (Организация Объединенных Наций, 1975, 1995a). Тот факт, что планирование семьи позволяет супружеским парам и отдельным лицам самим осуществлять контроль над своим репродуктивным процессом, играет важнейшую роль в определении качества их жизни. Действительно, повсеместно и на основе многочисленных фактов доказано, что слишком ранние беременности, слишком поздние, слишком

многочисленные или через слишком короткие интервалы являются источником повышенной опасности для здоровья матерей и детей.

Планирование семьи получает все большее распространение. Сегодня в менее развитых странах планирование семьи практикуют свыше 60 процентов супружеских пар по сравнению со всего лишь 10 процентами в 60-х годах. Следствием расширения доступа к современным методам контрацепции и программам организованного планирования семьи (будь то правительственные или неправительственные), а также растущее стремление иметь не столь многочисленную семью стали рост применения методов планирования семьи и связанное с этим снижение рождаемости в менее развитых странах. В более развитых странах, где использование контрацептивов давно уже достигло относительно высокого уровня, использование более современных методов также оказало влияние, поскольку оно обеспечило парам и отдельным лицам более широкий выбор тех или иных методов контрацепции.

### **Уровни применения контрацепции**

Согласно оценкам, показатель применения контрацепции — доля применяющих в настоящее время контрацептивы среди пар, в которых женщина находится в репродуктивном возрасте, — составлял в мире в целом в 1997 году 62 процента (см. таблицу 4). В более развитых регионах показатель применения контрацепции составлял в среднем 70 процентов при очень незначительных различиях между районами. В менее развитом мире он составлял в среднем 60 процентов, но со значительными различиями между его основными районами: показатель применения колебался от 25 процентов в Африке до более чем 65 процентов в Азии, а также в Латинской Америке и Карибском бассейне. Если исходить из темпов расширения применения контрацепции в менее развитых районах, то вполне вероятно, что к 2000 году уже 65 процентов пар в мире применяли контрацепцию.

Таблица 4  
**Средний показатель применения конкретных методов контрацепции с разбивкой по основным районам и регионам**  
*(по последним имеющимся данным обследований: средние показатели за 1997 год)*

Район и регион	Стерилизация						ВМС	Вагинальные методы					
	Все методы (1)	Современные методы <sup>a</sup> (2)	Женщины (3)	Мужчины (4)	Противозач. табл. (5)	Инъекц. сред-ства (6)		Презервативы (8)	Прочие соврем. методы (10)	Ритмич. метод (11)	Прерывание (12)	Прочие традиц. методы (13)	
<i>Процент применяющих контрацепцию пар, в которых женщины находятся в репродуктивном возрасте</i>													
Весь мир . . . . .	61,9	55,6	20,1	4,1	7,8	2,6	14,9	5,1	0,4	0,6	2,6	3,1	0,6
Менее развитые регионы . . . . .	60,2	54,9	22,0	3,6	5,9	3,1	16,3	3,1	0,2	0,6	2,5	2,3	0,6
Африка . . . . .	25,2	19,8	2,2	0,1	7,1	4,2	4,9	1,1	0,1	0,1	3,2	1,1	1,0
Восточная Африка . . . . .	20,6	15,2	2,0	0,0	5,6	5,4	0,7	1,2	0,0	0,2	2,7	1,4	1,3
Центральная Африка . . . . .	10,0	3,2	0,5	0,1	0,9	0,5	0,2	0,9	0,2	0,0	4,9	0,8	1,1
Северная Африка . . . . .	47,7	44,1	2,7	0,0	18,0	3,0	19,2	0,9	0,2	0,1	2,4	0,9	0,2
Южная часть Африки . . . . .	51,9	50,4	14,0	1,8	10,3	20,7	2,0	1,6	0,0	0,0	0,4	0,8	0,4
Западная Африка . . . . .	14,4	7,8	0,4	0,0	2,5	1,9	1,4	1,2	0,2	0,2	4,2	1,0	1,4
Азия <sup>b</sup> . . . . .	65,8	60,8	24,8	4,4	4,8	2,9	19,6	3,4	0,2	0,8	2,0	2,5	0,5
Восточная Азия <sup>b</sup> . . . . .	83,4	82,4	32,8	7,7	1,7	0,0	35,8	3,8	0,2	0,4	0,9	0,0	0,1
Южная часть Центральной Азии . . . . .	48,0	40,9	23,3	1,6	5,3	3,5	3,7	3,2	0,0	0,4	3,4	2,7	1,0
Юго-Восточная Азия . . . . .	57,9	49,6	7,7	0,8	13,0	13,0	10,4	2,0	0,0	2,7	3,3	3,8	1,2
Западная Азия . . . . .	47,8	29,3	3,0	0,0	6,1	0,6	13,7	5,0	0,5	0,3	2,1	14,3	2,0
Латинская Америка и Карибский бассейн . . . . .	68,8	59,9	29,5	1,6	13,8	3,0	7,4	4,2	0,3	0,1	4,9	3,4	0,6
Карибский бассейн . . . . .	58,7	55,8	22,6	0,5	10,5	5,6	11,2	4,3	0,4	0,6	1,3	1,4	0,2

Район и регион	Стерилизация						ВМС	Презервативы (8)	Вагинальные механ. методы (9)	Прочие соврем. методы (10)	Ритмич. метод (11)	Прерывание (12)	Прочие традиц. методы (13)
	Все методы (1)	Современные методы <sup>a</sup> (2)	Женщин (3)	Мужчин (4)	Противозач. табл. (5)	Инъекц. средства (6)							
Центральная Америка . . . . .	62,9	54,5	23,6	0,7	9,1	4,0	13,0	3,9	0,1	0,0	5,3	3,0	0,1
Южная Америка . . . . .	72,8	62,9	31,9	1,9	16,9	2,4	4,8	4,6	0,3	0,1	5,4	3,8	0,7
Океания <sup>c</sup> . . . . .	27,7	21,5	8,6	0,2	4,9	6,1	0,6	1,1	0,0	0,0	2,8	0,9	2,6
Более развитые регионы <sup>d</sup> . . . . .	70,4	59,2	10,4	7,2	17,3	0,1	7,6	15,0	1,1	0,5	3,6	6,8	0,8
Азия: Япония . . . . .	58,6	52,8	3,4	0,7	0,4	0,0	2,2	45,5	0,6	0,0	3,3	1,7	0,8
Европа . . . . .	70,1	55,3	4,8	4,9	22,0	0,2	11,9	10,5	1,1	0,0	4,3	10,0	0,6
Восточная Европа . . . . .	63,2	35,1	1,5	0,0	6,8	0,0	14,2	11,1	1,3	0,2	10,1	17,9	0,1
Северная Европа . . . . .	78,4	75,8	12,2	13,4	19,7	0,2	11,1	17,0	2,2	0,0	0,9	1,6	0,1
Южная Европа . . . . .	66,9	45,2	6,3	2,4	11,4	0,3	11,4	12,8	0,6	0,0	3,1	17,8	0,8
Западная Европа . . . . .	74,5	70,6	3,3	7,1	43,7	0,3	10,0	5,3	0,9	0,0	1,3	1,7	1,0
Северная Америка . . . . .	76,2	70,8	24,5	13,4	15,5	0,0	0,9	12,9	1,7	1,9	2,1	2,1	1,2
Океания:													
Австралия — Новая Зеландия . . . . .	75,9	72,2	33,3	15,3	6,4	2,6	6,0	7,6	1,0	0,0	2,0	1,5	0,2

*Источник:* База данных о применении контрацепции, сопровождаемая Отделом народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций.

*Примечание:* эти оценки отражают предположительные варианты применения средств контрацепции в странах, по которым отсутствуют данные. Данные относятся к женщинам, состоящим в официальном браке или в консенсуальном союзе.

<sup>a</sup> Включая методы, указанные в колонках 3–10.

<sup>b</sup> Не считая Японии.

<sup>c</sup> Не считая Австралии — Новой Зеландии.

<sup>d</sup> Австралия — Новая Зеландия, Европа, Япония и Северная Америка.



В основном в мире применяются современные методы контрацепции, которые считаются более эффективными в предупреждении беременности. Применение современных методов обычно требует доступа к услугам в области планирования семьи или средствам контрацепции. Современные методы включают стерилизацию женщин и мужчин, оральные контрацептивы, внутриматочные противозачаточные средства (ВМС), презервативы, инъеклируемые средства или имплантаты и вагинальные механические методы (включая диафрагму, цервикальный колпачок и спермицидные пены, пасты, кремы и губки). Современные методы контрацепции более широко применяются в менее развитых регионах (91 процент пользователей), чем в более развитых регионах (84 процента). В значительной степени это объясняется более широким применением традиционных методов — главным образом прерванного полового сношения, различных форм периодического воздержания и спринцевания — в некоторых частях Европы и бывшем Союзе Советских Социалистических Республик (СССР) (Popov, Visser and Ketting, 1993).

Африка имеет самый низкий показатель применения контрацепции в мире, там планирование семьи практикует в среднем четвертая часть пар. В большинстве стран Африки этот показатель ниже 20 процентов. Кроме того, в более чем половине этих стран уровни применения средств контрацепции ниже 10 процентов. Однако региональные различия весьма заметны. За исключением островов Маврикий и Реюньон, где контрацепцию применяют более двух третей пар, средний показатель в Северной Африке и южной части Африки, составляющий 48 и 52 процента, соответственно, в 3–5 раз выше, чем в Восточной, Центральной и Западной Африке.

В развивающихся странах Африки планирование семьи применяют 66 процентов пар. Однако этот средний показатель в значительной мере обусловлен высоким уровнем применения контрацепции в Китае. Средний показатель применения средств контрацепции в Восточной Азии — регионе, куда входит Китай, — фактически является самым высоким среди всех регионов в мире (83 процента), превышая даже максимально высокий уровень, зарегистрированный в более развитых регионах (78 процентов в Северной Европе). Уровни применения контрацепции в других азиатских регионах в большей степени сопоставимы с показателями Северной Африки и южной части Африки. Девять процентов азиатских стран сообщают, что показатель применения контрацепции в них состав-

ляет менее 20 процентов, а по сообщениям примерно трети стран этот показатель у них превышает 60 процентов.

В Латинской Америке и Карибском бассейне средний показатель применения средств контрацепции довольно высок (69 процентов), и так же, как и в более развитых районах, при незначительных различиях на региональном уровне. Показатель применения контрацепции колеблется от 59 процентов пар, практикующих планирование семьи, в Карибском бассейне до 73 процентов в Южной Америке. По сообщениям двух третей стран этого обширного региона показатель применения контрацепции в них превышает 50 процентов, что свидетельствует о широкой популярности средств контрацепции.

В более развитых регионах различия на региональном уровне колеблются в относительно узком диапазоне — от 59 процентов в Японии до 78 процентов в Северной Европе, однако региональные различия в применении современных методов являются более выраженными. Показатель применения современных методов не превышает 35 процентов в Восточной Европе и составляет не менее 71–76 процентов в Северной и Западной Европе.

### **Последние тенденции в применении средств контрацепции**

В большинстве развивающихся стран, по которым имеются данные о последних тенденциях в этой области, отмечается значительный рост применения средств контрацепции за последние 10 лет. Этот показатель ежегодно возрастал не менее чем на 1 процентный пункт в 68 процентах стран и не менее чем на 2 процентных пункта в 15 процентах стран. Наиболее быстрый рост показателей происходил главным образом в странах, где уровни применения контрацепции находились в среднем диапазоне значений (от 35 до 64 процентов) в 90-х годах. Страны с самым низким ростом показателей (менее 1 процентного пункта в год) это большей частью страны Африки к югу от Сахары, особенно Западной Африки, где показатель применения контрацепции в 1990 году был очень низким, и к странам Восточной Азии, где такой показатель в 1990 году был очень высоким. Поскольку рост применения контрацепции в развивающихся странах объясняется главным образом применением современных методов, темпы роста применения

всех методов и, в частности, современных методов во многом схожи.

В отличие от развивающихся стран (не считая стран Восточной Азии) в развитых странах наблюдался незначительный рост или разброс в уровнях применения контрацепции за истекшие 10 лет. Однако рост применения современных методов происходил несколько более быстрыми темпами.

В общем, рост применения женской стерилизации все еще остается самой важной тенденцией как в менее, так и более развитых регионах. Однако во многих странах заметную роль играют другие методы. Несмотря на общую тенденцию к тому, что в совокупности современные методы со временем начинают преобладать, нет достаточных оснований считать, что весьма разные национальные модели применения контрацепции сближаются, с тем чтобы прийти к общему для всех сочетанию методов.

## **Применяемые методы контрацепции**

Большинство лиц, применяющих контрацепцию, пользуются современными методами. На современные методы приходится 90 процентов применения контрацепции во всем мире. В частности, наиболее часто применяются три метода, предназначенные для женщин: женская стерилизация, ВМС и оральные контрацептивы. Показатель применения этих трех методов составляет в мире 69 процентов, а в менее развитых регионах 74 процента. В среднем показатели применения современных методов в более развитых и менее развитых регионах почти одинаковы: 59 и 55 процентов, соответственно. Однако, как отмечалось выше, современные методы контрацепции шире применяются в менее развитых регионах, чем в более развитых.

Что касается применения конкретных методов, то существуют заметные различия между более развитыми и менее развитыми регионами. Они резко различаются по применению традиционных методов. К этой группе методов относится периодическое воздержание или ритмический метод, прерванное половое сношение (*coitus interruptus*), воздержание, спринцевание и различные народные методы. Распространенность традиционных методов в более развитых регионах в два раза выше, чем в менее развитых регионах (11 и 5 процентов, соответственно). Более высокая популярность

традиционных методов в развитых странах отражает сохраняющееся влияние методов регулирования рождаемости, применявшихся еще до появления современных методов контрацепции, а также недостаточно широкий доступ к более новым методам в некоторых европейских странах. Последние обследования, проведенные в 90-х годах, показывают, что популярность традиционных методов снизилась в Западной Европе, но не в Восточной и Южной Европе (не считая Испании).

Второе существенное различие между более развитыми и менее развитыми регионами заключается в том, что в более развитых регионах лица, применяющие контрацепцию, чаще прибегают к не-радикальным методам временного действия, в то время как в менее развитых регионах чаще используются высокоэффективные клинические методы, а также методы длительного действия. В среднем в более развитых регионах 6 из 10 лиц, применяющих контрацепцию, пользуются оральными контрацептивами, презервативами или традиционными методами. Напротив, в менее развитых регионах 7 из 10 лиц, применяющих контрацепцию, прибегают к стерилизации или ВМС. Этому способствует такой важный фактор, как высокий показатель применения женской стерилизации и ВМС в Азии. В частности, в Китае и Индии более 30 процентов женщин, применяющих контрацепцию, подвергаются стерилизации и более 30 процентов в Китае применяют ВМС.

Третье различие между более развитыми и менее развитыми регионами заключается в том, какое значение придается применению методов, предназначенных для мужчин. Менее четверти пар в мире, которые применяют контрацепцию, полагаются на тот или иной метод, требующий участия мужчины (презерватив и мужская стерилизация) или содействия с его стороны (ритмический метод и прерванное половое сношение). Однако применение предназначенных для мужчин методов гораздо шире распространено в более развитых регионах (около 50 процентов от общего числа применяемых средств контрацепции), чем в менее развитых регионах (порядка 20 процентов).

С точки зрения применения конкретных методов первое место в мире занимает женская стерилизация (20 процентов женщин, состоящих в настоящее время в браке). Во всем мире каждая третья состоящая в настоящее время в браке женщина, применяющая тот или иной метод контрацепции, подверглась стерилизации. Термин

«женщина, состоящая в настоящее время в браке», используемый в данном разделе, относится к женщинам, которые состоят как в официальном, так и в неофициальном союзе. Распространенность женской стерилизации в менее развитых регионах вдвое выше, чем в более развитых регионах (22 и 10 процентов, соответственно). На региональном уровне этот метод применяется сравнительно широко — в более чем 10 процентах случаев в Восточной Азии, в южной части Центральной Азии, Латинской Америке и Карибском бассейне, Северной Европе, Северной Америке и Австралии — Новой Зеландии, но редко используется в Африке, Восточной Европе, Южной Европе, Западной Европе и Японии.

Мужская стерилизация применяется реже, чем женская стерилизация. Всего 4 процента женщин в мире сообщили о том, что их партнер стерилизован. В отличие от положения с женской стерилизацией, показатель применения мужской стерилизации в более развитых странах в два раза превышает соответствующий показатель в менее развитых странах (7 и 3 процента, соответственно). На региональном уровне распространенность этого метода составляет более 10 процентов в Северной Европе, Северной Америке и Австралии — Новой Зеландии. На страновом уровне распространенность этого метода наиболее высока в Австралии, Канаде, Новой Зеландии и Соединенных Штатах (10–19 процентов).

ВМС, которые применяют 15 процентов состоящих в настоящее время в браке женщин и каждое четвертое из всех лиц, применяющих контрацепцию, в мире, стоят на втором после женской стерилизации месте среди методов контрацепции. Распространенность применения ВМС в менее развитых регионах в два раза выше, чем в более развитых регионах (16 и 8 процентов, соответственно). На региональном уровне этот метод относительно широко применяется — в более чем 10 процентах случаев — в Северной Африке, Азии (не считая южной части Центральной Азии), Центральной Америке, Карибском бассейне и Европе. На страновом уровне распространенность ВМС исключительно высока в Корейской Народно-Демократической Республике, Казахстане и Узбекистане (40–49 процентов). В целом, в большинстве развивающихся стран, по которым имеются данные о тенденциях в этой области, в последнее время отмечается весьма небольшой рост применения ВМС. В большинстве развитых стран, напротив, отмечалась тенденция к снижению применения ВМС.

Оральные контрацептивы, которые применяют 8 процентов состоящих в настоящее время в браке женщин и 13 процентов всех применяющих контрацепцию женщин в мире, занимают третье место после женской стерилизации и ВМС. Распространенность оральных контрацептивов примерно в три раза выше в более развитых регионах, чем в менее развитых регионах (17 и 6 процентов, соответственно). Применение противозачаточных таблеток также выше в более развитых регионах, где этому методу отдает предпочтение в среднем каждый четвертый из лиц, применяющих контрацепцию, по сравнению с каждым десятым в менее развитых регионах. На региональном уровне этот метод применяется относительно широко — распространенность свыше 10 процентов — в Северной Африке, Юго-Восточной Азии, Карибском бассейне, Южной Америке, Европе (не считая Восточной Европы) и Северной Америке. Применение противозачаточных таблеток получило самое широкое из всех методов географическое распространение. Более половины развивающихся стран сообщают о росте в последнее время распространенности применения противозачаточных таблеток. В большинстве развитых стран в период с 80-х по 90-е годы было отмечено лишь незначительное изменение в структуре применения таблеток.

Презервативы применяют в среднем 5 процентов пар и 8 процентов всех лиц, применяющих контрацепцию, в мире. Как и в отношении противозачаточных таблеток, распространенность применения презервативов гораздо выше в более развитых регионах, чем в менее развитых (15 и 3 процента, соответственно). Следует отметить, что наибольшую распространенность это средство контрацепции имеет в Японии, где 46 процентов пар (и три четверти всех лиц в Японии, применяющих контрацепцию) пользуются презервативами.

Данные о тенденциях в этой области за последние 10–15 лет свидетельствуют о том, что применение презервативов выросло в подавляющем большинстве развивающихся стран Африки, Азии и Латинской Америки и Карибского бассейна, вероятно, в результате кампаний, пропагандирующих использование презервативов для защиты от ВИЧ-инфекции. В развитых странах применение презервативов выросло в Северной Америке, Новой Зеландии и некоторых странах Европы (особенно в Испании, где с 1985 по 1995 год оно возросло на 12 процентных пунктов — с 12 до 24 процентов), но сократилось в других европейских странах.

Вышеприведенные оценки получены на основе сообщений женщин о применении презервативов в целях контрацепции в признанных брачных союзах. Такая информация может не охватывать существенную долю случаев применения презервативов. Например, обследования, в ходе которых опрашивались как мужчины, так и женщины, показывают, что мужчины сообщают о более высоких уровнях применения презервативов, чем женщины как в развивающихся, так и развитых странах. Уровень применения презервативов, определяемый на основе поступивших сообщений, также был бы выше, если бы респондентов спрашивали об использовании их в целях либо предупреждения беременности, либо заболеваний, передаваемых половым путем, а не только в целях контрацепции. Аналогичным образом данные об уровне их применения были бы значительно шире, если бы в ходе обследования задавались прямые вопросы относительно применения презервативов с любым сексуальным партнером, а не вопросы, подразумевающие их применение главным образом с супругой/супругом или основным партнером (McFarlane, Friedman and Morris, 1994). Реальные масштабы применения презервативов также могут быть приуменьшены, если респонденты пользовались презервативами в сочетании с другими методами (особенно более эффективными), поскольку в ходе значительного большинства обследований в случаях, когда сообщалось о параллельном использовании разных методов, регистрировался только наиболее эффективный из них. Наконец, в данном разделе речь идет лишь о мужских презервативах, поскольку в проводившихся до настоящего времени обследованиях сообщались сведения только об этом виде презервативов.

Инъекционные гормональные средства и подкожный имплантат «Норплант» не столь широко доступны, как большинство других современных методов, и их во всем мире применяют только 3 процента состоящих в настоящее время в браке женщин. Большинство лиц, применяющих эти средства, живут в менее развитых регионах, где их применяют в среднем 3 процента замужних женщин по сравнению с менее чем 1 процентом в более развитых регионах.

Вагинальные механические методы применяют менее 1 процента состоящих в настоящее время в браке женщин и менее полпроцента всех лиц, применяющих контрацепцию. Однако существующая оценка применения вагинальных механических методов скорее всего занижена в той мере, в какой они применяются в соче-

тании с другими методами (особенно с презервативами). Большинство лиц, применяющих эти методы, живут в более развитых регионах, где в среднем их использует 1 процент замужних женщин по сравнению с 0,2 процента в менее развитых регионах.

Традиционные методы применяют 6 процентов состоящих в настоящее время в браке женщин во всем мире и 10 процентов всех лиц, применяющих контрацепцию. Как отмечалось выше, традиционные методы шире применяются в более развитых регионах, чем в менее развитых. Из традиционных методов наиболее распространены прерванное половое сношение и ритмический метод (главным образом метод периодического воздержания). Прерванное половое сношение применяют 3 процента пар во всем мире. Это основной метод, применяемый в Восточной и Южной Европе, где его распространенность достигает 18 процентов, и в Западной Азии, где она достигает 14 процентов. Ритмический метод также применяется 3 процентами пар в мире, и в других регионах, кроме Восточной Европы и Западной Азии, о его применении сообщается в целом чаще, чем о прерванном половом сношении.

### **Неудовлетворенные потребности в области планирования семьи**

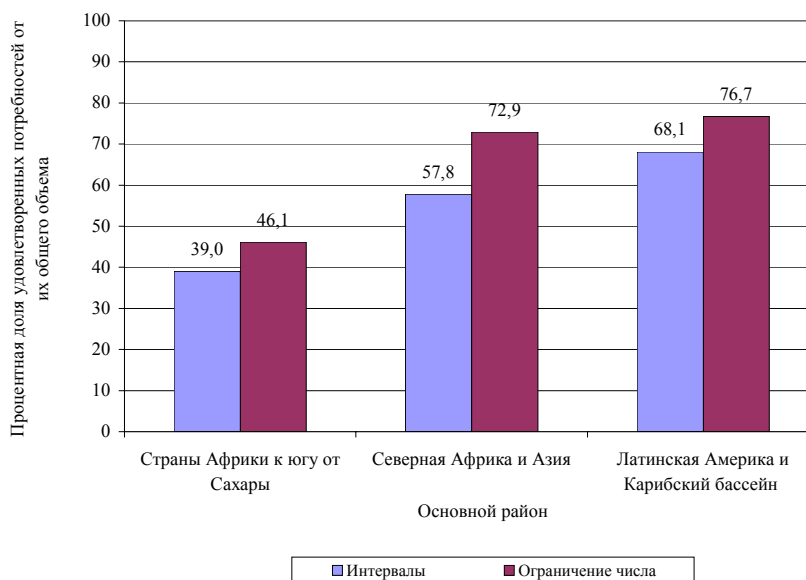
Несмотря на отмечаемый в последнее время быстрый рост применения контрацепции, ряд показателей свидетельствует о том, что в развивающихся странах сохраняются проблемы, связанные с ограниченным выбором методов, а также с неудовлетворенными потребностями в области планирования семьи. В не менее чем трети стран на один метод — как правило стерилизацию или противозачаточные таблетки — приходится не менее половины всех случаев применения контрацепции. В то же время порядка 20 процентов пар в развивающихся странах (не считая Китая) выражают желание планировать рождение своих детей через определенные интервалы или ограничить размер своих семей, но, тем не менее, не применяют никаких методов контрацепции. Такая потребность в планировании семьи, которая не удовлетворяется с помощью применения контрацепции, явно выше в странах Африки к югу от Сахары, где в среднем 24 процента состоящих в настоящее время в браке женщин имеют неудовлетворенные потребности в области планирования семьи, по сравнению с примерно 18 процентами в Северной Африке, Азии и Латинской Америке и Карибском бассейне.



Если сложить процент женщин, применяющих контрацепцию, и процент женщин, имеющих неудовлетворенные потребности в области планирования семьи, можно получить показатель, называемый «общая потребность в области планировании семьи». На диаграмме III показана удовлетворенная потребность в планировании семьи в виде процентной доли от общего объема такой потребности, которая удовлетворяется благодаря применению средств контрацепции. Наибольший разрыв в доле от общего объема удовлетворенных потребностей наблюдается опять-таки между странами Африки к югу от Сахары и другими регионами (диаграмма III). В странах Африки к югу от Сахары менее половины женщин, которые нуждаются в планировании семьи для рождения своих детей через определенные интервалы или для ограничения размеров своих семей, применяют контрацепцию, в то время как в других регионах удовлетворяется более 60 процентов такой потребности. Тем не менее во всех регионах те, кто не хочет иметь больше детей, гораздо чаще применяют контрацепцию, чем те, кто хочет отсрочить рождение следующего ребенка. Из этого следует, что стремление ограничить размер семьи — более действенный стимул (возможно потому, что в противном случае последствия обходятся значительно дороже), чем желание обеспечить интервалы в рождении детей.

Диаграмма III

**Доля состоящих в настоящее время в браке женщин, чьи потребности в использовании планирования семьи с целью обеспечить интервалы в рождении детей или ограничить их число удовлетворены, с разбивкой по основным районам**



*Источник:* Отдел народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций.

По последним оценкам, в развивающихся странах 105 млн. замужних или сожительствующих женщин репродуктивного возраста имеют неудовлетворенные потребности в планировании семьи (Ross, 2001). Во многих странах отсутствие доступа к услугам приемлемого качества в области планирования семьи, а также нехватка информации о наличии тех или иных услуг в этой области неизменно препятствуют применению планирования семьи (Robey, Ross and Bhushan, 1996). Это особенно характерно для стран Африки к югу от Сахары, где значительная часть женщин просто не знают ни о каких современных видах контрацепции (Westoff and Bankole, 1995). К числу других причин, которыми обычно объясня-

ется неприменение планирования семьи, относится отсутствие четких предпочтений в выборе конкретных методов и недостаточное осознание риска зачатия, плохая осведомленность в вопросах планирования семьи и, наконец, соображения здоровья, а также культурные, социальные и экономические факторы, связанные с применением и/или продолжением применения контрацепции, включая возражения мужей и других членов расширенной семьи, боязнь побочных последствий применения методов контрацепции, высокую стоимость и убежденность в том, что чему быть, того не миновать (Bongaarts and Bruce, 1995).

### **Применение средств контрацепции и потребности в них среди подростков**

В развивающихся странах большинство замужних женщин подросткового возраста не занимаются планирования семьи. Проведенные в последнее время исследования свидетельствуют о том, что в целом распространенность контрацепции среди замужних женщин подросткового возраста наиболее низка в странах Африки к югу от Сахары (менее 20 процентов), на среднем уровне в Азии и Северной Африке (от 20 до 40 процентов) и наиболее высока в Латинской Америке и Карибском бассейне (более 30 процентов). Как и у всех состоящих в настоящее время в браке женщин репродуктивного возраста, большинство случаев приходится на современные методы — хотя соответствующие процентные значения при этом ниже — применения контрацепции среди подростков. Тем не менее при сопоставлении данных о применении контрацепции среди несовершеннолетних и среди всех женщин в большинстве стран показатель применения контрацепции среди замужних женщин подросткового возраста примерно вдвое меньше аналогичного показателя для замужних женщин более старшего возраста. Вероятно, это связано с более сильным стремлением молодых женщин иметь больше детей.

В развивающихся странах незамужние, но ведущие половую жизнь женщины подросткового возраста, как правило, сообщают о гораздо более частом применении методов планирования семьи, чем замужние женщины подросткового возраста. Как сообщается, распространенность применения контрацепции среди сексуально активных незамужних женщин подросткового возраста составляет в целом более 30 процентов в странах Африки к югу от Сахары и более 60 процентов в Латинской Америке и Карибском бассейне. В

частности, применение презервативов гораздо выше среди незамужних, чем среди замужних женщин подросткового возраста. Более высокий показатель применения планирования семьи среди незамужних женщин подросткового возраста, вероятно, объясняется тем фактом, что они лучше осознают серьезные последствия нежелательной беременности, чем их замужние сверстницы, и поэтому ответственнее подходят к ее предупреждению (Contreras, Guzmán and Hakkert, 2001).

Имеющиеся данные по развитым странам показывают, что в целом распространенность применения контрацепции среди замужних женщин подросткового возраста высока (более 40 процентов). Почти столь же высокий показатель отмечается и среди замужних женщин более старшего возраста. В Северной Америке на современные методы приходятся все случаи применения контрацепции среди подростков, однако в Европе они в целом составляют меньшую долю. На презервативы приходится гораздо большая доля всех случаев применения контрацепции женщинами подросткового возраста в развитых странах (в среднем 27 процентов), чем в развивающихся странах (в среднем 14 процентов в странах Африки к югу от Сахары, 9 процентов в Азии и 10 процентов в Латинской Америке и Карибском бассейне). Это говорит о том, что кампании по пропаганде применения презервативов в качестве способа предупреждения как заболеваний, передаваемых половым путем (включая ВИЧ-инфекцию), так и нежелательной беременности, больше повлияли на подростков, живущих в развитых странах, чем на живущих в развивающихся странах.

В большинстве развивающихся стран, по которым имеются данные, значительная доля (свыше 15 процентов) состоящих в настоящее время в браке женщин подросткового возраста имеет неудовлетворенные потребности в области планирования семьи. Объем неудовлетворенных потребностей, как правило, выше среди подростков, чем среди женщин более старшего возраста. Доля удовлетворенных потребностей также ниже среди подростков, чем среди всех женщин репродуктивного возраста. Эти результаты подтверждают ранее сделанные выводы (Организация Объединенных Наций, 1998, 2000a) и указывают на тот факт, что замужние женщины подросткового возраста в меньшей степени защищены от нежелательной беременности, чем замужние женщины более старшего возраста. Молодые женщины, вероятно, в меньшей степени осведомлены о методах и услугах в данной области. Возможно, им

также труднее получить доступ к услугам в области планирования семьи. Наконец, молодые женщины, чьи потребности в планировании семьи обычно связаны с обеспечением необходимых интервалов в рождении детей, а не с ограничением их числа, могут иметь ограниченный выбор доступных методов, которые подходят для их жизненной ситуации.

#### **IV. Аборты**

Хотя на Международной конференции по народонаселению и развитию, состоявшейся в 1994 году, вопрос об абортах оказался одним из самых спорных, правительства, тем не менее, достигли согласия в отношении того, что аборты, производимые в неадекватных условиях, являются «одной из основных проблем здравоохранения» и что необходимо «заниматься проблемой воздействия на здоровье абортов, производимых в неадекватных условиях», и «сокращать применение абортов путем расширения и совершенствования услуг в области планирования семьи» в качестве неотъемлемой части их усилий по охране здоровья женщин (Организация Объединенных Наций, 1995а, глава I, резолюция 1, приложение, глава VIII, пункт 8.25).

Неизменная озабоченность правительств проблемой воздействия на здоровье абортов, производимых в неадекватных условиях, в дальнейшем нашла отражение в Основных направлениях деятельности по дальнейшему осуществлению Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (резолюция S-21/2, Генеральной Ассамблеи, приложение). В соответствии с основными направлениями деятельности правительствам следует «принимать соответствующие меры с целью помочь женщинам избегать абортов», и «во всех случаях женщины, прибегнувшие к аборту, должны быть обеспечены гуманным обращением и консультациями» [там же, пункт 63 (ii)]. Кроме того, «в тех случаях, когда аборт не противоречит закону, системы здравоохранения должны заниматься подготовкой медицинских работников, предоставлять в их распоряжение все необходимое и принимать другие меры с целью обеспечить безопасность и доступность таких абортов» [пункт 63 (iii)].

## Данные об абортах

Наличие или отсутствие статистических данных об абортах зависит от того, какой правовой статус имеет аборт в стране. Страны, законодательство которых разрешает аборт, как правило, требуют, чтобы обо всех произведенных абортах сообщалось органам здравоохранения. В странах, где аборт запрещен, о распространенности аборт можно судить лишь по косвенным признакам. Наиболее широко используемыми источниками, которые позволяют судить о распространенности аборт, являются данные о поступлении в больницы женщин с осложнениями после аборт и обследования домашних хозяйств, в ходе которых собираются сведения о беременностях женщин. В некоторых странах в качестве основы для оценки количества аборт использовались проводившиеся проверки клиник и врачей, производящих аборт.

На информацию об абортах явно влияет широта условий легальности аборт: чем шире основания для законного производства аборт, тем более полные сведения имеются на этот счет. Еще одним фактором, который оказывает существенное влияние на информацию об абортах, является вопрос о том, покрывается или не покрывается аборт медицинским страхованием. Когда пациентам приходится самим покрывать расходы на производство аборт, в статистику зачастую не попадают аборт, которые производятся неофициально.

В нескольких странах, где аборт разрешен законом, передача функций охраны здоровья населения субнациональным органам в некоторой степени препятствует сбору данных об абортах на национальном уровне. Ограничения, касающиеся надзора за абортами, влияют на то, публикуют ли субнациональные органы подробные данные или приводят лишь совокупные показатели количества аборт. Однако в некоторых случаях сам сбор информации об абортах может быть затруднен. В Соединенных Штатах Америки в законодательстве четырех штатов отсутствуют требования о сборе такой информации, а в двух штатах, Калифорнии и Аляске, в настоящее время вовсе не собираются данные об искусственном прерывании беременности.

Отсутствие сводных данных об абортах также является проблемой во многих странах бывшего Советского Союза, поскольку статистика министерств здравоохранения не содержит данных об

абортах, произведенных в медицинских учреждениях других министерств и государственных ведомств.

По имеющимся оценкам, в 1995 году во всем мире было произведено порядка 26 млн. легальных аборт и 20 млн. совершаемых с угрозой для здоровья аборт (Henshaw, Singh and Haas, 1999a; Всемирная организация здравоохранения, 1998). Хотя эти цифры дают представление о масштабах проблемы аборт, они во многом остаются предположительными, поскольку по значительному большинству стран надежные данные отсутствуют. В настоящее время данные о количестве произведенных легальных аборт имеются приблизительно по 45 странам.

Согласно самым последним имеющимся данным, ежегодно производится в общей сложности порядка 15 млн. легальных аборт (таблица 5). Восемьдесят процентов легальных аборт производится в четырех странах: Китае (7,4 млн.), Российской Федерации (2 млн.), Соединенных Штатах и Вьетнаме (по 1,2 млн.). Данное общее число легальных аборт в мире следует рассматривать в качестве примерной оценки, поскольку нет возможности убедиться в полноте данных, предоставляемых странами, где производится наибольшее количество аборт. В частности, во многом неопределенным остается вопрос о фактическом числе аборт в Китае. В 1998 году, по оценке министерства здравоохранения, число аборт составляло 7,38 млн., в то время как Государственная комиссия по планированию семьи сообщила о 2,63 млн. аборт.

Таблица 5  
**Количество легальных аборт за самый последний год, когда поступили сообщения**

<i>Страна</i>	<i>Год</i>	<i>Число аборт (в тыс.)</i>	<i>Число аборт на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет</i>
Австралия . . . . .	1996	76	18
Азербайджан . . . . .	1999	21	11
Албания . . . . .	1999	16	22
Армения . . . . .	1999	14	15
Беларусь . . . . .	1999	135	58
Бельгия . . . . .	1997	13	6
Болгария . . . . .	1999	72	43

<i>Страна</i>	<i>Год</i>	<i>Число аборт</i> <i>(в тыс.)</i>	<i>Число аборт</i> <i>на</i> <i>1000 женщин</i> <i>в возрасте 15–44 лет</i>
БЮР Македония <sup>a</sup> . . . . .	1999	8	19
Венгрия . . . . .	1999	66	31
Вьетнам . . . . .	1999	1 200	63
Германия . . . . .	1999	130	8
Грузия . . . . .	1999	18	15
Дания . . . . .	1998	17	15
Израиль . . . . .	1999	19	15
Исландия . . . . .	1998	1	15
Испания . . . . .	1998	54	6
Италия . . . . .	1998	138	11
Казахстан . . . . .	1999	138	35
Канада . . . . .	1998	110	16
Китай . . . . .	1998	7 380	24
Кыргызстан . . . . .	1999	18	16
Латвия . . . . .	1999	18	34
Литва . . . . .	1999	19	23
Нидерланды . . . . .	1998	24	7
Новая Зеландия . . . . .	1999	16	19
Норвегия . . . . .	1998	14	15
Республика Молдова . . . . .	1999	28	27
Российская Федерация . . . . .	1999	2 030	62
Румыния . . . . .	1999	260	52
Сингапур . . . . .	1999	14	17
Словакия . . . . .	1998	21	21
Словения . . . . .	1999	9	20
Соединенное Королевство . . . . .	1997	192	15
Соединенные Штаты . . . . .	1997	1 186	20
Таджикистан . . . . .	1999	21	15
Туркменистан . . . . .	1997	33	32
Узбекистан . . . . .	1999	58	10
Украина . . . . .	1998	499	45
Финляндия . . . . .	1999	11	11
Франция . . . . .	1997	164	13
Хорватия . . . . .	1999	15	15
Чешская Республика . . . . .	1999	37	17
Швеция . . . . .	1999	31	18



<i>Страна</i>	<i>Год</i>	<i>Число аборт (в тыс.)</i>	<i>Число аборт на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет</i>
Эстония . . . . .	1999	15	48
Япония . . . . .	1999	337	13
<b>Итого . . . . .</b>		<b>14 696</b>	

*Источник:* Банк данных о демографической политике, сопровождаемый Отделом народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций.

<sup>a</sup> Бывшая югославская Республика Македония.

Страны, где аборт является легальным, могут быть разделены на три группы на основе показателя распространенности аборт. Для значительного большинства стран, включая Китай, показатель составляет от 10 до 25 аборт на 1000 женщин в возрасте от 15 до 44 лет. Четыре европейские страны, а именно Бельгия, Германия, Испания и Нидерланды, сообщают об очень низких уровнях легальных аборт (менее 10 на 1000 женщин в возрасте от 15 до 44 лет). На другом конце этого спектра находятся такие страны, как Беларусь, Российская Федерация и Вьетнам, где распространенность аборт достигает почти 60 на 1000 женщин в возрасте от 15 до 44 лет. К этой же группе относится ряд стран, входивших ранее в состав Советского Союза, такие как Казахстан, Латвия, Туркменистан, Эстония и Украина, а также страны Восточной и Центральной Европы, такие как Болгария, Венгрия и Румыния.

Очевидно, что во многих странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза женщины в значительной степени прибегают к аборту как к средству контроля над рождаемостью. В шести из этих стран по крайней мере одна беременность из двух прерывается абортом<sup>2</sup>. Высокая распространенность аборт как средства контроля над рождаемостью характерна также для Вьетнама, где по крайней мере 4 беременности из 10 заканчиваются абортом. Среди западных стран самый высокий уровень искусственного прерывания беременности отмечается в Швеции — 26 аборт на 100 беременностей, а самый низкий уровень зарегистрирован в Бельгии (1 аборт на 10 беременностей).

Аборт является важным фактором в репродуктивной жизни женщин. В большинстве стран, где аборт является легальным, доля женщин, которые за свою жизнь сделали хотя бы один аборт, ко-

леблется в диапазоне от каждой третьей до каждой второй женщины. В странах, где высока распространенность аборт, например в Российской Федерации, женщины за свою жизнь делают в среднем более двух аборт.

Во второй половине 90-х годов показатели распространенности аборт в западных странах практически не изменились. Напротив, в странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза наблюдалась тенденция к их снижению. Самое резкое сокращение было зарегистрировано в Румынии, где показатели распространенности аборт упали со 100 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет в 1995 году до 52 на 1000 женщин в 1999 году. Количество аборт обычно сокращается гораздо быстрее, чем число деторождений.

В справочной литературе очень мало оценочных данных о количестве аборт в странах, где аборт законодательно ограничен или является нелегальным, а именно, в большинстве стран развивающегося мира. Имеются две такие оценки по одной южноазиатской стране и одной восточноазиатской стране: Бангладеш и Филиппинам. Хотя в Бангладеш аборт является нелегальным, за исключением случаев, когда он необходим для спасения жизни женщины, с 1979 года по просьбе производится регулирование менструального цикла. Используя методы косвенной оценки, Сингх и другие (1997) получили более точную оценку по Бангладеш: 730 000 аборт, на основе которой был определен показатель распространенности аборт, — 28 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет. По мнению тех же авторов, показатель распространенности аборт на Филиппинах, полученный на основе более точной оценки около 400 000 аборт в 1994 году, будет примерно таким же.

Последние имеющиеся данные по странам Латинской Америки и Карибского бассейна относятся к 1989–1991 годам (Henshaw, Singh and Haas, 1999b; Singh and Wulf, 1994). Такие оценочные данные имеются по шести странам — Бразилии, Доминиканской Республике, Колумбии, Мексике, Перу и Чили, и они основываются на данных госпитализации по поводу аборт. По оценкам, в этих странах ежегодно производилось 2,8 млн. аборт. Ориентировочно показатели распространенности аборт довольно высоки в пяти странах: Бразилии (41 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет), Чили (50 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет), Колумбии (36 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет), Доминиканской Республике (47 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет) и Перу (56 на

1000 женщин в возрасте 15–44 лет). В этих странах определенная доля беременностей, варьирующая от каждой четвертой до каждой третьей беременности, заканчивается искусственным ее прерыванием. В Мексике показатель распространенности абортотв был ниже и составлял 25 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет.

Египет — единственная североафриканская страна, по которой имеются косвенные оценки уровня распространенности абортотв. Анализ выписок из историй болезни в связи с госпитализацией в отделения акушерства и гинекологии, проведенный в 1995 году, показал, что каждым пятым пациентом была женщина, поступившая на лечение в связи с искусственным прерыванием беременности или выкидышем (Huntington and others, 1998). На основе этих данных было примерно определено общее количество искусственного прерывания беременностей, составившее порядка 300 000.

Информация об искусственном прерывании беременности в странах Африки к югу от Сахары носит крайне отрывочный характер. В 1996 году было проведено обследование на основе репрезентативной на уровне страны выборки из 672 учреждений здравоохранения в Нигерии, в которых, как считалось, могли предоставляться услуги по искусственному прерыванию беременности, в результате которого была получена оценка в 610 000 абортотв и показатель распространенности абортотв 25 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет (Henshaw and others, 1998). В 1998 году в Бамако (Мали) каждая пятая из пациенток, опрошенных в центрах медико-санитарной помощи, заявила, что она имела по крайней мере один аборт, а соответствующий показатель для Абиджана (Кот-д’Ивуар) — каждая третья пациентка (Konaté and others, 1999; Guillaume and others, 1999). Обследования, проведенные как в Нигерии, так и Кот-д’Ивуаре ясно показывают, что показатель распространенности абортотв, как правило, намного ниже в сельских и бедных районах.

## **Демографические характеристики**

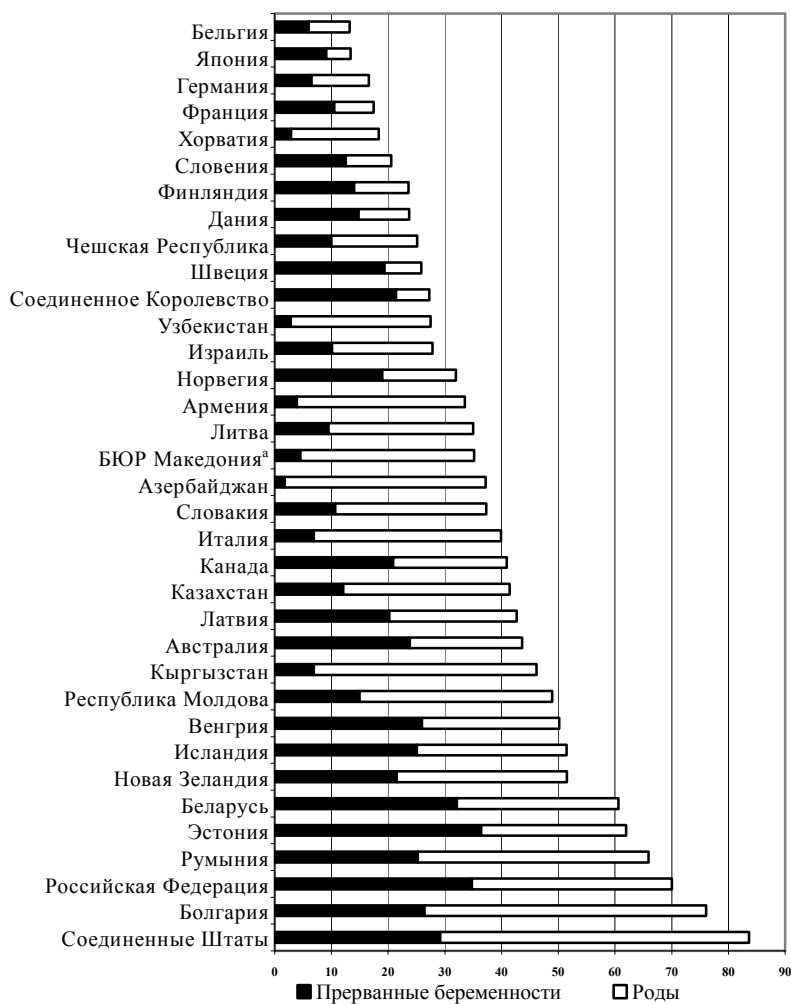
В 10 из 13 стран Северной Америки и Западной Европы, а также в Австралии и Новой Зеландии, по которым имеются данные, самые большие доли абортотв, варьирующие от 61 процента в Норвегии до 81 процента в Соединенных Штатах, приходится на незамужних женщин. Данные обследований свидетельствуют также о

том, что в Африке большинство женщин, делающих аборты, не замужем.

Напротив, в восточноевропейских странах и странах бывшего Советского Союза большинство женщин, делающих аборты, замужем, и они составляют от 61 процента в Чешской Республике до 95 процентов в некоторых юго-центральноазиатских странах. Во всех других странах Азии и Латинской Америки, по которым имеются данные, наблюдается схожая картина, за исключением Бразилии, где большинство женщин, делающих аборты, не замужем.

В большинстве стран женщины в возрасте от 20 до 29 лет имеют самые высокие показатели беременности и на них приходится наибольшее число абортов. процент беременностей, прерываемых искусственным путем, как правило, наиболее высок среди женщин в возрасте 40 лет и старше, а также среди подростков. В целом, в большинстве тех стран, где аборт является легальным, статистические данные свидетельствуют о том, что показатели распространенности абортов среди подростков соответствуют общему уровню распространенности абортов. Согласно самым последним официальным данным, аборты среди подростков составляют от 3 до 20 процентов общего числа легальных абортов, о которых поступили сообщения, в 39 из 40 стран, по которым имеются данные. На диаграмме IV показана распространенность беременности в подростковом возрасте и абортов среди подростков в отдельных странах.

Диаграмма IV  
**Показатели беременности в подростковом возрасте, 1999 год или последний год, за который имеются данные (на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет)**



Источник: Отдел народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций.

Примечание: примерная оценка числа беременностей получена на основе суммирования общего числа родов и аборт за данный календарный год.

<sup>a</sup> Бывшая югославская Республика Македония.

## Последние изменения в законодательстве об абортах

В подавляющем большинстве стран или районов (189 из 193) аборт разрешается в целях спасения жизни беременной женщины (Организация Объединенных Наций, 2001b, 2001c, выпуск ожидается в ближайшее время). В четырех государствах — Ватикане, на Мальте, в Чили и Эквадоре — аборт запрещен. Тем не менее диапазон условий, при которых могут производиться легальные аборты, в разных странах весьма различен. Национальное законодательство об абортах и политика в этой области имеют гораздо более ограничительный характер в развивающихся, чем развитых странах. В развитых странах аборт разрешается производить по просьбе в двух третях этих стран (31 стране), а также по экономическим или социальным причинам — в трех четвертях стран. Напротив, только в каждой седьмой развивающейся стране (21 стране) разрешается аборт по просьбе и лишь в одной шестой стран разрешается аборт по экономическим или социальным причинам.

С 90-х годов 29 стран — 8 развитых стран, 15 развивающихся стран и 6 стран с переходной экономикой — изменили свое законодательство или нормативные акты, касающиеся абортов. В 23 странах изменения состояли в отмене ограничительных положений. Кроме того, органы здравоохранения одобрили применение препарата Мифепристон (RU-486) для прерывания беременности в 18 странах, в то время как еще в 6 странах была разрешена его клиническая проверка (таблица 6).

Таблица 6

### Правовой статус Мифепристона (RU-486)

*а) Применение Мифепристона, одобренное национальными органами здравоохранения*

Австрия (1999)  
 Бельгия (1999)  
 Германия (1999)  
 Греция (1999)  
 Дания (1999)  
 Израиль (1999)  
 Испания (2000)  
 Китай (1992)  
 Люксембург (1999)  
 Нидерланды (1999)  
 Норвегия (2000)

	Российская Федерация (2000)
	Соединенное Королевство (1991)
	Соединенные Штаты (2000)
	Украина (2000)
	Финляндия (1999)
	Франция (1989)
	Швейцария (2000)
b)	<i>Разрешены клинические испытания Мифепристона</i>
	Вьетнам
	Индия
	Италия
	Канада
	Куба
	Тунис

*Источник:* Банк данных о демографической политике, сопровождаемый Отделом народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций.

В развитых странах аборт является легальным с теми или иными ограничениями и, как правило, применяется уже на протяжении десятилетий. В конце 80-х — начале 90-х годов возросла озабоченность национальных органов здравоохранения проблемой воздействия на здоровье аборт, производимых в небезопасных условиях, что побудило их к принятию решений о расширении перечня причин, по которым разрешается производить аборт, с тем чтобы включить в него производство аборта по просьбе в таких странах, как Албания, Болгария и Румыния. В Российской Федерации и Венгрии законодательные изменения, направленные на расширение оснований для производства аборта, отражали, в частности, трудные экономические и социальные условия жизни женщин. С другой стороны, в двух европейских странах, Польше и Германии, было принято более ограничительное законодательство об абортах.

В 1996 году в Японии был принят Закон об охране материнства, существенно переработанный вариант Закона об охране наследственного здоровья человека 1948 года. В Соединенных Штатах велась на уровне каждого штата интенсивная законодательная деятельность, с тем чтобы ограничить возможности несовершеннолетних производить аборт. По состоянию на март 2001 года такие ограничения были введены в 41 штате. С другой стороны, как на федеральном уровне, так и уровне штатов были приняты ограниче-

ния, охватывающие различные аспекты пикетирования сторонниками за запрещение абортных клиник, где производятся аборт.

В Латинской Америке аборт разрешается производить по просьбе только в двух странах: на Кубе и в Гайане; по социально-экономическим причинам — только в мексиканском штате Юкатан; по причине дефективности плода — только в Панаме и ряде других мексиканских штатов; и если женщина забеременела в результате совершения в отношении нее преступления — в семи странах (включая Федеральный округ Мехико), в двух из которых требуется, чтобы жертва была невменяема. Из остальных латиноамериканских стран в двух аборт разрешается для сохранения здоровья и в 8 — для спасения жизни беременной женщины.

В последние годы было внесено много предложений относительно проведения реформы в странах Латинской Америки, но очень немногие из них увенчались успехом. В 1995 году Гайана легализовала аборт, которые разрешается делать по широкому кругу оснований. В противоположность этому Аргентина накануне проведения Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 году внесла изменения в свою Конституцию, с тем чтобы включить в нее положение о защите жизни с момента зачатия. В Сальвадоре из положений об абортах нового Уголовного кодекса, принятого в 1997 году, были изъяты все прежние нормы, устанавливавшие исключения из запрета на аборт, и был введен полный запрет на аборт.

Такие страны Африки, как Ботсвана (1991 год), Сейшельские Острова (1994 год), Буркина-Фасо и Южная Африка (1996 год), внесли значительные изменения в свое действующее законодательство или приняли новые, более либеральные законы об абортах, тогда как в Экваториальной Гвинее в 1991 году было принято более ограничительное законодательство об абортах. В настоящее время аборт разрешается производить по просьбе только в 3 из 53 стран Африки: в Кабо-Верде, Южной Африке и Тунисе. В одной стране — Замбии — аборт разрешен по экономическим и социальным причинам. В 11 африканских странах аборт разрешается производить по причине дефективности плода и в 12 странах, когда женщина забеременела в результате изнасилования или инцеста. В 27 африканских странах производство аборта разрешается по показаниям психического здоровья, и в 28 странах — в целях сохранения физического здоровья женщины.



В Азии в 17 странах разрешается производить аборт только для спасения жизни женщины, в 16 — по просьбе и в 13 — при тех или иных определенных обстоятельствах. К последним изменениям в этой области относится принятие соответствующего исламскому праву законодательства об абортах в Исламской Республике Иран (Уголовный кодекс 1991 года) и Пакистане (1989 год), а также новый легализующий аборт закон в Камбодже в 1997 году. Индонезия (1992 год) и Малайзия (1989 год) внесли изменения в свое законодательство, с тем чтобы разрешить производство абортов по медицинским показаниям. Монголия в 1989 году внесла изменения в свой Закон о здравоохранении, в котором теперь указывается, что женщина сама принимает решение, становиться ли матерью, поэтому ей разрешается делать аборт по ее просьбе в течение первых трех месяцев беременности. Судан в 1991 году изменил свой Уголовный кодекс, с тем чтобы разрешить производство абортов в случае изнасилования или смерти неродившегося ребенка в утробе матери.

С 1989 по 1991 год правительство Вьетнама одобрило ряд законов, которые различными путями регулируют производство абортов, в том числе Закон об охране здоровья общества, который предусматривает, что «женщины имеют право прибегнуть к аборту по своему желанию», а также различные декреты, в соответствии с которыми различные средства контроля над рождаемостью и медико-санитарные услуги, касающиеся производства абортов, для значительных слоев населения стали бесплатными.

Стремясь не допустить «умерщвление плода женского пола», правительство Индии приняло в 1994 году национальное законодательство, которое ограничивает применение методов пренатальной диагностики случаями серьезных заболеваний и аномалий и запрещает врачам в какой бы то ни было форме раскрывать информацию о том, каков пол плода. Как сообщается, обеспечение соблюдения этого закона, вступившего в силу в 1996 году, оказалось проблематичным.

### **Аборты, производимые в небезопасных условиях**

Рискованный аборт (производимый в небезопасных условиях) определяется как процедура по прерыванию нежелательной беременности либо лицами, не имеющими необходимой квалификации, ли-

бо в условиях, не отвечающих минимальным медицинским нормам, либо при отсутствии того и другого (Всемирная организация здравоохранения, 1992а). По имеющимся оценкам, от 10 до 50 процентов всех женщин, которые перенесли рискованный аборт, нуждаются в медицинской помощи для лечения полученных осложнений. Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 1995–2000 годы, в результате произведенных в небезопасных условиях абортс ежегодно погибают примерно 78 000 женщин, сотни тысяч становятся инвалидами, и большинство таких абортс производится в развивающихся странах (Всемирная организация здравоохранения, 1998). Таким образом, во всем мире каждая восьмая материнская смерть, по всей вероятности, вызвана осложнениями после аборта. На региональном уровне связанная с абортс смертность варьирует от смерти каждой восьмой матери в Африке и Азии до каждой шестой в Европе и каждой пятой материнской смерти в Латинской Америке и Карибском бассейне.

Большинство стран, в которых отмечаются высокие общие показатели распространенности абортс, производимых в небезопасных условиях, или искусственного прерывания беременности, — это страны, где информация о планировании семьи, услуги в этой области и средства контрацепции отсутствуют или в значительной мере являются недостаточными (Indriso and Mundigo, 1999). В самом деле, предупреждение абортс основывается на доступности информации, консультаций и услуг в области планирования семьи. В 90-х годах растущая озабоченность проблемой беременности и абортс в подростковом возрасте способствовала тому, что акцент в политике в этой области был перенесен на охват молодых женщин и мужчин, не только состоящих в браке, так как последние прежде были основной, а нередко и единственной, целевой группой программ в области планирования семьи. Однако еще слишком рано оценивать осуществление и действенность таких программ.

В ряде стран консультации и услуги в области планирования семьи предоставляются в рамках оказания послеабортной помощи, с тем чтобы предупредить повторение абортс. После того, как предоставление таких услуг было введено в ряде отдельных больниц, доля пациентов, получающих консультации в области планирования семьи, достигла 97 процентов в Боливии, 94 процентов в Буркина-Фасо, 68 процентов в Кении, 86 процентов в Мексике и 78 процентов в Перу (Huntington, 2000). Менее успешной эта программа была в Сенегале, где консультации получили лишь около

трети пациентов. В Кении было установлено, что гораздо эффективнее оказываются информация и услуги в области планирования семьи, предоставляемые прямо в палатах персоналом больницы, чем посещение палат специалистами по охране материнства и детства и планированию семьи.

Второй вид мер, направленных на снижение связанных с абортами заболеваемости и смертности, состоит в повышении безопасности абортот. С медицинской точки зрения безопасность абортот зависит главным образом от срока беременности на момент абортот — чем раньше производится аборт, тем он безопаснее, — и от применяемого метода, а также от своевременного и надлежащего лечения осложнений (Grimes, 2000).

В ряде развивающихся стран, где был легализован аборт, эта процедура не является ни широко доступной, ни во всех случаях безопасной. В Африке возникающие в этой связи проблемы связаны с рядом социальных, культурных и институциональных факторов. В Замбии, например, запутанные процедурные требования в сочетании с неадекватностью услуг вынуждают и далее прибегать к нелегальному абортот. Молодые, как правило, не желают пользоваться официально предоставляемыми услугами из-за неконфиденциального характера процедуры и из-за клейма позора, которое по-прежнему ложится на тех, кто прибегает к абортот (Webb, 2000). В Южной Африке большинство медсестер и врачей не поддерживают новый Закон об искусственном прерывании беременности, и значительная их часть ссылаются на соображения религиозно-морального характера, чтобы не участвовать в лечении, которое связано с абортот (Harrison and others, 2000). В результате этого в большинстве районов страны связанные с производством абортот услуги по-прежнему остаются недоступными.

В Индии из-за больших различий в географическом распределении услуг значительные слои населения имеют крайне ограниченный доступ к услугам, связанным с абортот. В четырех крупных северных штатах — Бихар, Мадхья-Прадеш, Раджастхан и Уттар-Прадеш, где живут свыше 40 процентов населения страны, — имеется 16 процентов всех центров, официально созданных в соответствии с Законом о медицинском прерывании беременности (Barge and others, 1998).

## V. Материнская смертность и заболеваемость

Последние общемировые оценки свидетельствуют о том, что ежегодно от осложнений и других причин, связанных с беременностью, умирают 515 000 женщин, причем почти все они — в развивающихся странах. В 90-х годах на ряде международных конференций были поставлены задачи по снижению материнской смертности. Затем задача по снижению материнской смертности была одобрена 149 главами государств на Саммите тысячелетия Организации Объединенных Наций (см. пункт 19 Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, содержащейся в резолюции 55/2 Генеральной Ассамблеи). Этот беспрецедентный глобальный консенсус свидетельствует о той важности, которую правительства, а также медицинские работники и специалисты в области развития на международном уровне придают проблеме охраны здоровья женщин и их детей, и создает дополнительный стимул для уделения повышенного внимания тщательному мониторингу хода выполнения этой задачи в отдельных странах и во всем мире.

### Определения

В Десятой редакции международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), материнская смертность определяется как смерть женщины в состоянии беременности или в течение 42 дней после прерывания беременности, независимо от срока и характера беременности (обычная или внематочная), от любой причины, связанной с беременностью или обостренной ею, либо в результате лечения для ее устранения, но не в результате несчастного или любого другого случая (Всемирная организация здравоохранения, 1992b). Смерть, непосредственно связанная с родовспоможением, наступает в результате осложнений, возникающих при родовспоможении, в период беременности или из-за вмешательства, упущений или неправильного лечения и, как правило, бывает вызвана одной из пяти основных причин: кровотечение, сепсис, эклампсия, осложненные роды и осложнения после абортов, производство которых сопряжено с опасностью для жизни. Смерть, косвенно связанная с родовспоможением, наступает в результате ранее перенесенного заболевания или заболевания, возникшего в период беременности и обострившегося из-за психологического воздействия, оказываемого беременностью, и, как прави-

ло, такая смерть бывает связана с малярией, ВИЧ/СПИДом и сердечно-сосудистым заболеванием.

### **Показатели и оценка уровней материнской смертности**

Наиболее широко используемым показателем материнской смертности является число случаев смерти матерей на 100 000 живорождений. Хотя традиционно он называется коэффициентом, на самом деле это соотношение, и именно так исследователи его сегодня, как правило, и называют. Однако в целях сохранения исторической преемственности в МКБ-10 для обозначения этого показателя по-прежнему используется термин «коэффициент».

Для определения уровней материнской смертности нужны данные о смертности среди женщин репродуктивного возраста (15–49 лет), ее медицинских причинах, а также была ли женщина беременна в момент наступления смерти или незадолго до нее (AbouZahr, 1998). Однако на практике лишь в немногих странах делается подсчет всех смертей; в еще меньшем числе стран точно регистрируются причины смерти; и буквально в считанных странах ведется систематический учет случаев, когда на момент смерти женщина была беременна. В случаях, когда системы записи актов гражданского состояния отсутствуют или работают ненадлежащим образом, уровень материнской смертности можно определить путем включения вопросов о беременности и смерти в вопросники при проведении широкомасштабных обследований домашних хозяйств. Недостаток такого подхода заключается в том, что он требует увеличения числа опрашиваемых в выборке и сопряжен с весьма большими затратами средств и времени (см., например, Agoestina and Soejoenoes, 1989). Подход, связанный с применением метода, основанного на сборе информации о сестрах, был разработан в целях сокращения числа опрашиваемых в выборке; при его использовании в уже имеющиеся вопросники для обследований домашних хозяйств добавляется несколько простых вопросов о том, живы ли сестры респондентов в момент проведения опроса (Rutenberg and Sullivan, 1991). Однако применение методов, используемых при проведении обследований, для оценки уровня материнской смертности дают результаты с большим пределом погрешности, и поэтому не годятся для регулярного и краткосрочного мониторинга.

Проблемы, связанные с занижением сведений и неточной классификацией, характерны для всех методов определения уровней материнской смертности. По этой причине большинство экспертов сходятся во мнении о том, что для надежного определения уровней материнской смертности необходима некая форма триангуляции, другими словами, сведение воедино данных из различных источников. При проведении обследования причин смертности женщин репродуктивного возраста (РАМОС) (Всемирная организация здравоохранения, 1987; Greenwood and others, 1987) используются многообразные источники информации — записи актов гражданского состояния, документация медицинских учреждений, сведения от лидеров общин и религиозных органов, данные похоронных бюро, регистрационные книги кладбищ, рассказы школьников, — для выявления всех случаев смерти. Затем результаты опросов членов домашних хозяйств, а также информация, полученная от работников системы здравоохранения и медицинских учреждений, используются для классификации смертей по категориям — «материнские» или иные («вербальная аутопсия»).

## Уровни материнской смертности

Лишь немногие страны имеют точные данные о национальных уровнях материнской смертности. ВОЗ и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) при участии Фонда Организации Объединенных Наций по народонаселению разработали новый подход к оценке уровней материнской смертности в целях получения ориентировочных данных по странам, где отсутствуют информация и корректировки имеющихся данных, в которых сведения могли быть занижены и неточно классифицированы. Эта стратегия предполагает корректировку имеющихся страновых данных в соответствии с источником информации и разработку простой модели для расчета оценочных данных по 55 странам, где отсутствует надежная информация. Самое последнее применение этого метода позволило получить оценочные данные в отношении 1995 года.

В 1995 году это оценочное число случаев материнской смерти в мире составляло 515 000 (таблица 7). Более половины этих смертей (273 000) имели место в Африке, около 42 процентов (217 000) — в Азии, около 4 процентов (22 000) в Латинской Америке и Карибском бассейне и менее 1 процента (2800) в более развитых регионах мира. Таким образом, коэффициент материнской

смертности в мире составляет примерно 400 на 100 000 живорождений. Среди регионов самый высокий коэффициент материнской смертности был отмечен в Африке (1000), затем следовали Азия (280), Океания (260), Латинская Америка и Карибский бассейн (190), Европа (28) и Северная Америка (11).

Таблица 7  
**Оценочные коэффициенты материнской смертности по регионам, 1995 год**

<i>Регион</i>	<i>Коэффициент материнской смертности (число случаев смерти матерей на 100 000 живорождений)</i>	<i>Число случаев смерти матерей</i>	<i>Риск материнской смерти в течение жизни — 1 из:</i>
Во всем мире . . . . .	400	515 000	75
Более развитые регионы <sup>а</sup> . . . . .	21	2 800	2 500
Менее развитые регионы . . . . .	440	512 000	60
Наименее развитые страны . . . . .	1 000	230 000	16
Африка . . . . .	1 000	273 000	16
Восточная Африка . . . . .	1 300	122 000	11
Центральная Африка . . . . .	1 000	39 000	13
Северная Африка . . . . .	450	20 000	49
Южная часть Африки . . . . .	360	4 500	65
Западная Африка . . . . .	1 100	87 000	13
Азия <sup>а</sup> . . . . .	280	217 000	110
Восточная Азия . . . . .	55	13 000	840
Южная часть Центральной Азии . . . . .	410	158 000	55
Юго-Восточная Азия . . . . .	300	35 000	95
Западная Азия . . . . .	230	11 000	95
Европа . . . . .	28	2 200	2 000
Восточная Европа . . . . .	50	1 600	1 100
Северная Европа . . . . .	12	140	3 900
Южная Европа . . . . .	12	170	5 000
Западная Европа . . . . .	14	280	4 000
Латинская Америка и Карибский бассейн . . . . .	190	22 000	160
Карибский бассейн . . . . .	400	3 100	85
Центральная Америка . . . . .	110	3 800	240

Регион	Коэффициент материнской смертности (число случаев смерти матерей на 100 000 живорождений)	Число случаев смерти матерей	Риск материнской смерти в течение жизни — 1 из:
Южная Америка . . . . .	200	15 000	150
Северная Америка . . . . .	11	490	3 500
Океания <sup>a</sup> . . . . .	260	560	260
Австралия/Новая Зеландия . . . . .	8	25	5 500
Меланезия . . . . .	310	560	60
Микронезия . . . . .	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>
Полинезия . . . . .	33	5	700

Источник: Всемирная организация здравоохранения, Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA (Женева, 2001).

<sup>a</sup> Австралия, Новая Зеландия и Япония исключены из региональных таблиц, но они включены в общие данные по более развитым регионам.

<sup>b</sup> Не были рассчитаны оценочные данные по странам, численность населения которых ниже 300 000.

### Использование данных записей актов гражданского состояния в целях оценки тенденций

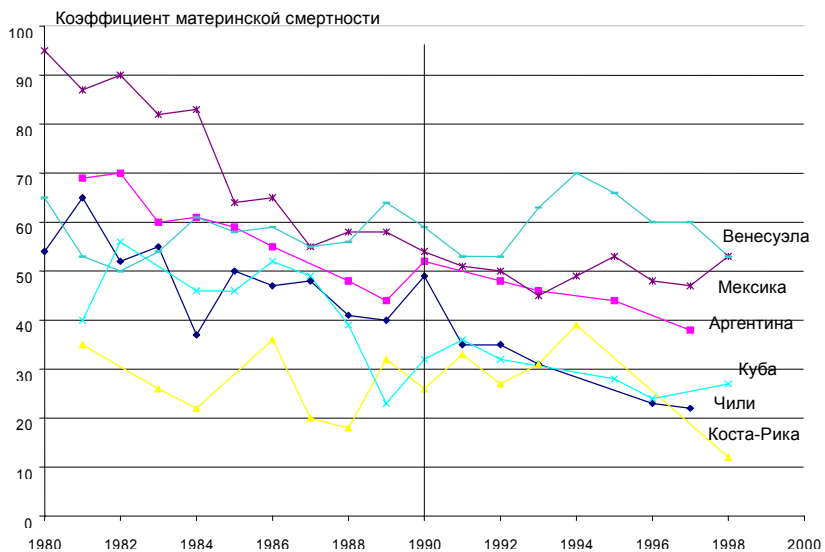
Лишь по немногим странам, на которые приходится менее четверти всех рождений в мире (а если не считать Китая, то менее 7 процентов), имеются данные о тенденциях в области материнской смертности, полученные на основе систем записи актов гражданского состояния. Все эти страны с начала 80-х годов имеют относительно низкие уровни материнской смертности — менее 100 на 100 000 живорождений. Кроме того, хотя считается, что системы записи актов гражданского состояния обеспечивают полный учет и регистрацию всех событий в области естественного движения населения (как правило, с охватом 90 и более процентов от общего числа), в них обычно не удается правильно установить долю случаев смерти матерей (Atrash, Alexander and Berg, 1995). Имея это в виду, можно рассмотреть тенденции в области материнской смертности, полученные на основе данных систем записи актов гражданского состояния в некоторых странах Азии, а также Латинской Америки и Карибского бассейна (диаграммы V и VI). Данные о тенденциях имеются также по Китаю, где исследования РАМОС используются для определения оценочных показателей материнской смертности начиная с 1989 года.



Среди развивающихся стран только Аргентине, Чили, Китаю, Коста-Рике и Узбекистану удалось добиться устойчивого снижения материнской смертности за последнее десятилетие. В остальных странах развивающегося мира с 1990 года, по всей видимости, наступила относительная стабилизация уровней материнской смертности. В некоторых случаях наблюдался определенный рост уровней, однако считается, что это результат совершенствования отчетности.

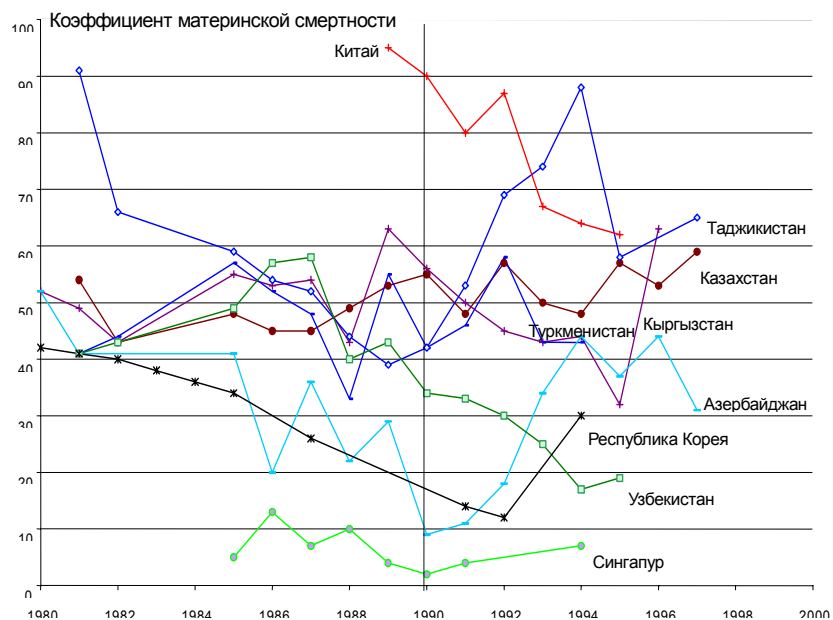
Очевидный кратковременный рост материнской смертности в некоторых странах Восточной Европы (например, в Латвии) также может объясняться более четкой регистрацией всех случаев смерти матерей (см. диаграмму VII). Исключение составляет Румыния, где резкое снижение материнской смертности, наблюдавшееся в 1989–1990 годах, было следствием принятия более либерального закона о доступности аборт, производимых в надлежащих условиях. До 1989 года политика, ориентированная главным образом на повышение рождаемости, отсутствие надежных средств контрацепции, запрет абортов и экономические трудности становились причинами исключительно высоких уровней смертности, связанной с абортами (Royston and Armstrong, 1989).

Диаграмма V  
Тенденции в области материнской смертности в отдельных странах Латинской Америки, 1980–1999 годы



Источник: Базы данных Всемирной организации здравоохранения/Детского фонда Организации Объединенных Наций.

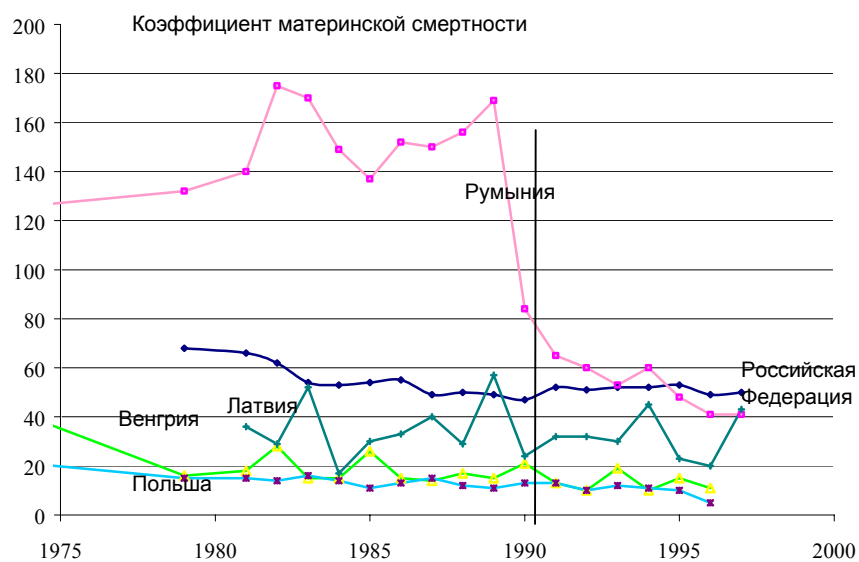
Диаграмма VI  
Тенденции в области материнской смертности в отдельных странах Азии, 1980–1997 годы



Источник: Базы данных Всемирной организации здравоохранения/Детского фонда Организации Объединенных Наций.

Примечание: Данные по Китаю получены на основе обследований в отношении смертности лиц репродуктивного возраста.

Диаграмма VII  
Тенденции в области материнской смертности в отдельных странах Восточной Европы, 1974–1997 годы



Источник: Базы данных Всемирной организации здравоохранения/Детского фонда Организации Объединенных Наций.

## **Использование для оценки тенденций показателей, получаемых на основе обработки данных**

Когда уровни материнской смертности определяются на основе обследований домашних хозяйств, пределы изменчивости показателей таковы, что делать однозначные выводы о направлении тенденций невозможно. С тем чтобы оценить прогресс в этих странах, для ведения регулярного контроля за соответствующими тенденциями необходимы показатели, получаемые на основе обработки данных. Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, потенциально является одним из таких показателей, который самым непосредственным образом связан с уровнями материнской смертности (Всемирная организация здравоохранения, 1999; De Browere, Tonglet and Van Lerberghe, 1998). Источником информации, как правило, являются демографические и медико-санитарные обследования, Панарабский проект по обследованию положения детей и национального здравоохранения (ПАПЧАЙЛД) или обследования состояния репродуктивного здоровья, которые обеспечивают стандартизованную методологию и основу для выборки опрашиваемых, а также строгие критерии, касающиеся обеспечения качества данных. Категория квалифицированного медицинского персонала включает только врачей и медсестер/акушерок, которые имеют необходимые навыки в области акушерства<sup>1</sup> (Всемирная организация здравоохранения, 1999).

Данные о тенденциях в отношении присутствия квалифицированного медицинского персонала при родах имеются по 53 странам, в которых имеется как минимум два показателя, полученные на основе обработки данных, полученных из источников, которые используют одинаковые методы оценки, как правило, демографических и медико-санитарных обследований. В целом на эти страны приходится 76 процентов живорождений, хотя этот показатель значительно варьирует в зависимости от региона. В таблице 8 показана тенденция в отношении доли родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, по крупным региональным группам стран. Поскольку имеющиеся данные относятся к различным годам и охватывают особый не один и тот же период времени для каждой страны, были произведены корректировки для приведения их к общему 10-летнему периоду — с 1989 по 1999 год. С учетом наблюдаемых темпов изменений были спрогнозированы данные для получения окончательных показателей за 1989 и 1999 годы.

Средние показатели по регионам были взвешены по числу живорождений.

Таблица 8  
Тенденции в отношении доли родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, в 53 странах, 1989–1999 годы

Регион	Число стран, по которым имеются данные о тенденциях <sup>a</sup>	Доля родов в регионе, включенных в эти данные, в процентах	Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, в процентах		Среднегодовые темпы изменений <sup>b</sup> , в процентах
	1999 год	1999 год	1989 год	1999 год	1989–1999 годы
Страны Африки к югу от Сахары . . . . .	17	59	44	44	0,1
Северная Африка и Западная Азия . . . . .	9	56	49	63	2,5
Азия . . . . .	7	89	39	48	2,2
Латинская Америка и Карибский бассейн . . . . .	18	74	74	81	0,9
<b>Всего . . . . .</b>	<b>53<sup>c</sup></b>	<b>76<sup>d</sup></b>	<b>45</b>	<b>52</b>	<b>1,7</b>

Источник: С. AbouZahr and T. Wardlaw, "Maternal Mortality at the end of a decade: sign of progress?" *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, vol. 79, No. 6 (2001).

<sup>a</sup> Данные опубликованы до апреля 2001 года.

<sup>b</sup> Средневзвешенное данных по конкретной стране. Средние показатели по регионам были взвешены по числу живорождений.

<sup>c</sup> Включая две страны из Центральной и Восточной Европы и Содружества Независимых Государств.

<sup>d</sup> Данные только по развивающимся странам.

В общем был отмечен лишь незначительный прогресс в охвате квалифицированной медицинской помощью при родовспоможении — его среднегодовой рост за период 1989–1999 годов составил 1,7 процента. В странах Африки к югу от Сахары за этот же 10-летний период практически не произошло сколько-нибудь заметного изменения. С другой стороны, в странах Азии, в том числе Западной Азии, и Северной Африки наблюдаются существенные

улучшения — рост среднегодовых показателей составил там 2,2 и 2,5 процента, соответственно.

В 1999 году на двадцать первой специальной сессии Генеральной Ассамблеи по проведению общего обзора и оценки осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию за пять лет было согласовано, что все страны должны стремиться обеспечить к 2005 году прием 80 процентов всех родов силами квалифицированного медицинского персонала (резолюция S-21/2 Генеральной Ассамблеи, приложение, раздел IV, пункт 64). Судя по текущим тенденциям, только странам Латиноамериканского региона удастся достичь этой цели. Страны Западной Азии и Северной Африки не достигнут этой цели до примерно 2010 года, а азиатские страны в целом будут далеки от ее достижения и в 2015 году. Что касается стран Африки к югу от Сахары в целом, то в настоящее время здесь не видно никакого прогресса в направлении достижения этой цели.

### **Причины материнской смертности и связанная с ними заболеваемость**

По имеющимся оценкам, кровотечение является причиной четверти всех случаев смерти матерей, сепсис — 15 процентов, гипертензивные расстройства беременности и осложнения, связанные с производством аборт, — по 13 процентов, осложненные роды — 7 процентов. Связанная с абортами смертность особенно значительна в некоторых частях Латинской Америки и Карибского бассейна, и на нее в некоторых районах может приходиться до 30 процентов всех случаев смерти матерей. Кроме того, непосредственными причинами смерти могут послужить внематочная беременность и эмболия. Смерти, непосредственно вызванные осложнениями при родовспоможении, также могут быть связаны с медицинским вмешательством, особенно с анестезией. До 20 процентов всех случаев смерти приходится на косвенные причины, хотя набор причин может варьировать от региона к региону, и в некоторых районах стран Африки к югу от Сахары особую роль играют малярия или ВИЧ/СПИД. Появляется все больше доказательств того, что связанная с беременностью смерть может также иметь место в результате насилия в семье.

На каждую женщину, которая умирает от связанных с беременностью осложнений, приходится гораздо больше женщин, страдающих от подрывающих их здоровье осложнений, от которых им, возможно, не удастся излечиться до конца жизни. Имеющиеся в настоящее время эпидемиологические средства и методы не позволяют проводить точную оценку негативных последствий заболевания и инвалидности, связанных с осложнениями в период беременности, но известно, что они значительны. Например, женщины, страдающие амниотической эмболией или нарушениями сердечно-сосудистой системы, могут также страдать остаточной неврологической недостаточностью. Разрыв матки или серьезное кровотечение может вызвать необходимость удаления матки, что ведет к последующей утрате фертильности и может быть чревато психологическими расстройствами (Denmissie and others, 2000). Послеродовое кровотечение может привести к таким долгосрочным последствиям, как серьезная анемия и даже утрата слизообразующей функции. Широко распространенным и угрожающим здоровью состоянием, связанным с сепсисом, особенно послеродовым сепсисом, является воспаление тазовых органов и последующее бесплодие. Нередки послеродовая депрессия и пuerперальный психоз; послеродовой психоз — это серьезное расстройство, частота распространения которого может составлять 1–2 случая на 1000 родов (AbouZahr, 1998).

В основе этих клинических причин смерти и инвалидности лежат причины, связанные с отсутствием доступа к квалифицированной медицинской помощи. Большинство осложнений при родовспоможении поддается лечению при относительно простом медицинском вмешательстве, если женщины могут прибегнуть к помощи квалифицированного медицинского работника, особенно в ответственный момент родов и родоразрешения. Однако многим женщинам в развивающихся странах оказывают помощь только родственники или местные повивальные бабки; многие женщины рожают в одиночестве, не получая никакой помощи. В мире всего 53 процента женщин рожают с помощью медицинского работника (акушерки, медсестры или врача) и лишь 40 процентов женщин в развивающихся странах рожают в больнице или медицинских пунктах (Всемирная организация здравоохранения, 1999).

К числу основных причин, с которыми связывают высокую материнскую смертность, относится низкий социальный статус женщин, ограничивающий их доступ к экономическим ресурсам и



базовому образованию, и лишает их возможности принимать решения, связанные со своим здоровьем и питанием. Неспособность принимать решения и отсутствие альтернативных возможностей сводят жизнь многих женщин к непрерывному деторождению. Непосильный физический труд в сочетании с плохим питанием также способствует ухудшению состояния здоровья матерей.

### **Меры, направленные на снижение материнской смертности и заболеваемости**

Заявление, принятое на основе консенсуса учреждениями системы Организации Объединенных Наций, свидетельствует о необходимости принятия мер для снижения материнской смертности (Всемирная организация здравоохранения, 1999), а именно, на предупреждение и оказание надлежащей помощи в случае нежелательной беременности и аборт, производимых в неадекватных условиях; обеспечение квалифицированной медицинской помощи во время беременности и родов, а также доступа к специализированной помощи в случае возникновения осложнений.

Для решения проблемы материнской смертности и заболеваемости необходимо, чтобы система медико-санитарной помощи функционировала с учетом мероприятий, осуществляемых на уровне общин, с тем чтобы беременности были желательными и чтобы женщины имели доступ к такой медицинской помощи, в какой они нуждаются, и тогда, когда они в ней нуждаются, а также на политическом уровне в целях создания условий, обеспечивающих эффективное предоставление услуг в области охраны здоровья матери и ребенка. Доступность помощи зависит как от наличия транспорта, так и от ряда важных экономических, социальных и культурных факторов, включая возможность для женщины самой решать, когда и где она хочет получить помощь.

В настоящее время имеется обширный опыт, позволяющий охарактеризовать многочисленные взаимосвязанные факторы, наличие которых необходимо для достижения прогресса в снижении материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Следует четко определить приоритеты и разработать программные стратегии, при которых усилия сосредоточены на главных направлениях и посильны для правительств, располагающих ограниченными ресурсами. Мероприятия следует разрабатывать на основе досто-

верных данных, и они должны быть направлены на устранение всех основных причин материнской смертности, включая осложнения, связанные с абортom. Необходимо удовлетворять особые потребности уязвимых групп населения, таких как подростки, и обеспечивать широкую доступность соответствующих технических руководств и основных ориентиров для разработки программ, курсов профессиональной подготовки и других средств, способствующих повышению эффективности программ. Следует решать проблему заражения женщин и их детей ВИЧ/СПИДом, а также рисков, связанных с другими болезнями, такими как малярия. Самым важным условием является постоянная и неизменная приверженность достижению этой цели со стороны государственных директивных органов, а также постоянное выделение ресурсов как на национальном, так и международном уровне.

## **VI. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)**

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)<sup>3</sup>, относятся к числу самых распространенных причин заболеваемости в мире и имеют далеко идущие медицинские, социальные и экономические последствия для многих стран. Они не только являются причиной острых инфекционных заболеваний среди взрослых, но и могут привести к долгосрочной заболеваемости как женщин, так и мужчин, но с более тяжелыми последствиями для женщин. Такие долгосрочные последствия, как бесплодие, затрагивают как женщин, так и мужчин, однако женщины в большей степени страдают от социально-экономических последствий. Так как связанное с ИППП воспаление тазовых органов (ВТО) поражает маточные трубы, у женщин, заразившихся ИППП, значительно больше вероятность внематочной беременности по сравнению с женщинами, не пораженных такими инфекциями. Причиной рака шейки матки, самого распространенного вида рака среди женщин в развивающихся странах, является инфицирование вирусом бородавки человека. От последствий ИППП страдают также младенцы. Некоторые инфекции являются причиной низкой массы тела при рождении, недоношенности, врожденных инфекций, таких как сифилис, и выкидышей. Болезни глаз новорожденного (бленнорея новорожденных) могут привести к слепоте, если не провести своевременного и надлежащего лечения.

Появление ВИЧ и СПИДа еще больше повысило необходимость борьбы против ИППП. Существует тесная взаимосвязь между обычными ИППП и передачей ВИЧ. Доказано, что как язвенные, так и неязвенные ИППП повышают риск передачи ВИЧ половым путем. Кроме того, ВИЧ-инфекция затрудняет лечение других ИППП, такими как мягкий шанкр, остроконечная бородавка и герпес половых органов, а также их профилактику.

### Подверженность ИППП

По оценкам ВОЗ, в 1999 году имели место 340 млн. новых случаев ИППП. Наибольшее число новых заражений имело место в Азии, за которой следуют страны Африки к югу от Сахары и Латинская Америка и Карибский бассейн (таблица 9). Самые высокие показатели ИППП, как правило, отмечаются среди мужчин и женщин, живущих в городах, в период их наиболее активной половой жизни, то есть в возрасте от 15 до 35 лет. Женщины заражаются в более молодом возрасте, чем мужчины.

Таблица 9

**Оценочные показатели распространенности и ежегодной заболеваемости излечимых инфекций, передаваемых половым путем, с разбивкой по регионам, 1999 год<sup>а</sup>**

Регион	Население в возрасте 15– 49 лет (млн.)	Распростра- ненность (млн.)	Показатель	
			распростра- ненности (на 1000 человек)	Ежегодная заболевае- мость (млн.)
Северная Америка . . . . .	156	3	19	14
Западная Европа . . . . .	203	4	20	17
Северная Африка и Западная Азия . . . . .	165	3,5	21	10
Восточная Европа и Цен- тральная Азия . . . . .	205	6	29	22
Страны Африки к югу от Са- хары . . . . .	269	32	119	69
Южная и Юго-Восточная Азия . . . . .	955	48	50	151
Восточная Азия и Тихоокеан- ский регион . . . . .	815	6	7	18
Австралия и Новая Зеландия	11	0,3	27	1

<i>Регион</i>	<i>Население в возрасте 15– 49 лет (млн.)</i>	<i>Распростра- ненность (млн.)</i>	<i>Показатель распростра- ненности (на 1000 человек)</i>	<i>Ежегодная заболевае- мость (млн.)</i>
Латинская Америка и Кариб- ский бассейн . . . . .	260	18,5	71	38
<b>Всего . . . . .</b>	<b>3 040</b>	<b>116,5</b>		<b>340</b>

*Источник:* Всемирная организация здравоохранения, Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates (Geneva, 2001).

<sup>a</sup> Паховый лимфогранулематоз, гонорея, сифилис и трихомоноз.

Особому риску заражения ИППП и ВИЧ подвергаются подростки<sup>4</sup>, поскольку их сексуальные сношения часто носят беспорядочный и случайный характер, а иногда они вступают в такие сношения под давлением по принуждению (Всемирная организация здравоохранения, 1986). Они, как правило, вступают в сексуальные сношения, не приобретя опыта и знаний, для того чтобы оберегаться, и еще не получив соответствующей информации о ИППП и необходимого доступа к услугам по профилактике ИППП и презервативам. Например, в ряде исследований было установлено, что юный возраст является независимым прогностическим фактором заражения паховым лимфогранулематозом, серьезнее которого является лишь контроль над поведенческими факторами (Arno and others, 1994).

Девушки-подростки более уязвимы, чем юноши и взрослые по биологическим, социальным и экономическим причинам. Они особенно подвержены инфекциям, поражающим шейку матки, поскольку у них природный механизм защиты от инфекции (шейки матки) в своем физиологическом развитии еще не достиг зрелости. Девушки-подростки также более уязвимы, чем юноши и взрослые, по социальным и экономическим причинам. Например, рост распространенности ИППП и ВТО связывают со слишком ранним (до менархе) началом половой жизни, как это имеет место у девочек-невест (Duncan and others, 1990). Многие подростки не применяют защитные средства контрацепции либо по незнанию, либо из-за ограниченного доступа к ним по социальным и/или экономическим причинам.

Кроме того, имеются конкретные группы, среди которых отмечается высокий или растущий уровень инфицирования ВИЧ или которые, согласно данным органов общественного здравоохранения, наиболее подвержены инфицированию ВИЧ. Эти группы характеризуются такими факторами, как местная история эпидемии, нищета, возрастной фактор, сексуальные предпочтения, употребление наркотиков, трудность добычи средств к существованию, институционально-территориальный фактор, нарушение социальных структур и перемещение населения (вынужденное или добровольное). Для оказания всем уязвимым группам населения адресной помощи, связанной с предупреждением и лечением ИППП, следует создать надлежащие, приемлемые и доступные службы здравоохранения с уделением дополнительного внимания тому, чтобы репутации этих лиц не причинялся ущерб.

### **Тенденции распространения ИППП**

Истинные масштабы распространенности ИППП на национальном уровне часто неизвестны. Хотя в некоторых странах существуют системы пассивного контроля над ИППП, имеющиеся данные не всегда бывают надежными или полными. Качество и полнота имеющихся данных и оценок зависят от качества работы служб, занимающихся ИППП, их посещаемости пациентами, нуждающимися в соответствующей медицинской помощи, эффективности выявления случаев заболевания, точности диагноза и качества регистрации.

Половым путем передаются более 20 патогенных микроорганизмов. Многие из вызываемых ими заболеваний излечимы при применении надлежащей противомикробной терапии. Тем не менее, несмотря на наличие эффективных методов лечения, вызываемые микробами ИППП по-прежнему являются причиной серьезной озабоченности систем здравоохранения как в промышленно развитых, так и в развивающихся странах.

Сифилис является классическим примером ИППП, с которым можно успешно бороться с помощью мероприятий медико-санитарного характера, поскольку для этого заболевания имеются точный метод диагностического тестирования, а также эффективные и доступные по стоимости способы лечения. Проведение анализа на сифилис и лечение от него беременных женщин — самый

надежный метод профилактики врожденного сифилиса. В Соединенных Штатах распространенность сифилиса начиная с 1992 года снижается. По-прежнему низка распространенность сифилиса в Западной Европе, однако в странах Восточной Европы и новых независимых государствах, образовавшихся после распада Советского Союза, наблюдается эпидемия этого заболевания. Показатели его распространенности высоки в Азии и Африке.

Гонорея, широко распространенная в ИППП, особенно в развивающихся странах, у 80 процентов женщин и 10 или более процентов мужчин обычно протекает бессимптомно. Эта инфекция поражает главным образом половые пути, но может инфицировать другие органы, такие как глаза, прямую кишку и суставы. Она часто является причиной бесплодия и слепоты новорожденных.

В некоторых развивающихся странах, например на Ямайке и в Малави, распространенность гонореи составляет от 15 до 20 процентов среди женщин, посещающих клиники по дородовому уходу. Напротив, в некоторых странах Европы, таких как Швеция, с введением профилактических мер, разработанных на основе информации, лечения и ликвидации факторов риска, отмечалось неуклонное снижение распространенности этого заболевания (Stonberg, 1993). Однако в 1997 году был впервые с 1976 года отмечен рост его распространенности. Основными группами инфицированных лиц являются гетеросексуальные подростки и гомосексуалисты (Berglund, Fredlund and Giesecke, 2001). В Западной Европе было отмечено значительное снижение, хотя в Лондоне (Соединенное Королевство) с 1997 года наблюдается неуклонный рост распространенности. В странах Восточной Европы и новых независимых государствах, образовавшихся после распада Советского Союза, после драматических социально-экономических и политических преобразований и либерализации сексуального поведения распространенность этого заболевания растет (Borisenko, Tichonova and Renton, 1999). В Австралии с 1991 года число зарегистрированных случаев заражения гонореей возросло вдвое.

Паховый лимфогранулематоз является распространенной причиной негонококкового уретрита (НГУ) у мужчин и ВТО у женщин с последующим риском бесплодия. Самая высокая распространенность пахового лимфогранулематоза наблюдается среди женщин подросткового возраста (Bunnell and others, 1999; Burstein and others,

1998), а связь этого явления с молодым возрастом (Cook and others, 1999) подчеркивает важность массового обследования сексуально активных молодых женщин в целях предупреждения бесплодия. Однако большинство стран не имеют ресурсов для проведения такого обследования на паховый лимфогранулематоз. В Соединенных Штатах это инфекционное заболевание регистрируется чаще всего. Его распространенность и заболеваемость им остаются низкими в скандинавских странах после осуществления в 70-е годы широко-масштабных программ скрининга населения.

Трихомоноз является распространенной причиной вагинальных выделений у женщин и часто протекает бессимптомно у мужчин, но может вызывать у них НГУ. Несмотря на то что трихомоноз является наиболее распространенной излечимой ИППП, данные о его распространенности и заболеваемости им ограничены. Трихомоноз имеет негативные последствия для родов, такие как преждевременное вскрытие плодного пузыря и преждевременные роды, а также низкая масса тела при рождении (Cothc and others, 1997). Хотя делать окончательные выводы еще рано, все больше данных свидетельствует о том, что вагинальный трихомоноз может быть связан с риском повышенной серотрансформации ВИЧ у женщин (Laga and others, 1993).

Причиной анальногенитального герпеса является главным образом вирус простого герпеса типа 2 (HSV2). Распространенность HSV2 широко варьирует, но она, как правило, выше в развивающихся, чем в развитых странах и в городских, нежели сельских районах. Высокие показатели отмечаются в странах Африки к югу от Сахары и в Карибском бассейне, при этом его распространенность среди взрослых во многих странах составляет порядка 50 процентов. В целом, его распространенность выше среди женщин, чем среди мужчин, особенно у молодежи (Kamali and others, 1999; Fleming and others, 1997; Obasi and others, 1999). В промышленно развитых странах распространенность трихомоноза в Соединенных Штатах (22 процента взрослого населения) (Krone and others, 2000) выше, чем в Европе (в целом менее 15 процентов). Появление ВИЧ вызвало рост распространенности герпеса половых органов, особенно в развивающихся странах. Все больше данных свидетельствует о том, что HSV2 может быть причиной значительной доли новых случаев ВИЧ-инфицирования в некоторых частях Африки.

## Профилактика и лечение

Целью профилактики и лечения ИППП является снижение их распространенности путем прекращения их передачи, снижения длительности заболевания и предупреждения развития осложнений у инфицированных лиц.

Первичная профилактика направлена на предупреждение заражения и, следовательно, вызываемого им заболевания. Ей содействует санитарное просвещение и она включает такие меры, как более безопасное сексуальное поведение, в том числе применение презервативов, и воздержание. Первичная профилактика применима в равной степени как к ВИЧ, так и другим ИППП. Вторичная профилактика включает лечение инфицированных, с тем чтобы предупредить передачу инфекции другим людям. За исключением ВИЧ и вирусных ИППП, курс лечения приводит к излечению и прерывает цепь передачи инфекции, поскольку пациент перестает быть заразным. Тем не менее вторичная профилактика может также способствовать усилению борьбы с вирусными инфекциями через организации консультаций (в целях предупреждения передачи) и, возможно, паллиативного лечения (в результате которого человек становится менее заразным).

Эффективная профилактика и лечение ИППП является одним из основных элементов борьбы против них, так как прерывают передачу инфекции и предупреждают развитие осложнений и последствий. По этой причине надлежащее лечение лиц, страдающих от ИППП, при их первом попадании в медицинское учреждение является важной медико-санитарной мерой. Когда это касается пациентов подросткового возраста, то здесь имеется возможность повлиять на их дальнейшее сексуальное поведение и помочь осознать на жизненно важном этапе их развития необходимость лечения.

Лабораторная диагностика ИППП является идеальным, но во многих ситуациях трудно осуществимым методом. Его применение ограничивается рядом обстоятельств, связанных со временем, ресурсами и доступом к лечению. При наличии лаборатории нужен квалифицированный персонал, имеющий надлежащую подготовку для соблюдения строгих технических требований, и необходимо обязательное установление внешнего контроля качества.



Клинический этиологический диагноз, основанный на клиническом опыте врача, часто оказывается неточным, даже когда его ставят высококвалифицированные специалисты по ИППП. Им не удается поставить точный диагноз из-за ассоциированных инфекций или нетипичного течения болезни.

Третий метод — синдромная диагностика лиц, имеющих ИППП, — был разработан и пропагандировался во многих странах развивающегося мира. Он основан на выявлении типичных групп симптомов и узнаваемых признаков (синдромов) и на лечении, направленном на уничтожение большинства микроорганизмов или оказывающих наиболее серьезное воздействие микроорганизмов, которые вызывают данный синдром. Преимуществами этого метода являются его дешевизна, эффективность и немедленное начало лечения, что в свою очередь сокращает передачу инфекций и вероятность осложнений. Однако возможность предоставлять лечение как можно большему числу инфицированных лиц необходимо сопоставить с риском передозировки и излишнего лечения. С тем чтобы снизить вероятность последних, глобальные руководящие принципы лечения ИППП, рекомендованные ВОЗ, должны быть надлежащим образом адаптированы к эпидемиологическим ситуациям в конкретных странах.

ИППП являются серьезной причиной заболеваемости и смертности в мире. Ключевые компоненты борьбы с ИППП определялись на протяжении многих лет. Лечение ИППП требует больших затрат. Задача состоит в осуществлении этой доказавшей свою эффективность терапии в необходимых масштабах на уровне стран.

## **VII. Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД)**

С тех пор как два десятилетия назад появились первые клинические данные о СПИДе, ВИЧ вызвал эпидемию СПИДа, которая распространилась по всему миру. По имеющимся оценкам, на конец 2001 года насчитывалось 40 млн. ВИЧ-инфицированных (таблица 10). Эпидемия оказалась ужасающей, и с момента появления первых клинических данных о СПИДе в июне 1981 года он стал причиной смерти в общей сложности около 20 млн. человек. В 2001 году в мире было инфицировано около 5 млн. человек, в том числе 800 тыс. детей. В следующем десятилетии, если они не полу-

чат эффективной антиретровирусной терапии и ухода, им тоже грозит смерть от СПИДа.

Таблица 10  
Статистические данные о распространении ВИЧ/СПИДа и его особенностях, по регионам, на конец 2001 года

Регион	Начало эпидемии	Взрослые и дети, живущие с ВИЧ/СПИДом	Новые случаи ВИЧ-инфицирования взрослых и детей	Показатель распространения среди взрослых (в процентах)	Процент ВИЧ-инфицированных взрослых женщин	Основной способ передачи — взрослые, живущие с ВИЧ/СПИДом <sup>a</sup>
Страны Африки к югу от Сахары	Конец 70-х — начало 80-х гг.	28 100 000	3 400 000	8,4	55	Гетеро
Северная Африка и Западная Азия	Конец 80-х гг.	440 000	80 000	0,2	40	Гетеро, ПИН
Южная и Юго-Восточная Азия	Конец 80-х гг.	6 100 000	800 000	0,6	35	Гетеро, ПИН
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	Конец 80-х гг.	1 000 000	270 000	0,1	20	ПИН, гетеро, ГС
Латинская Америка	Конец 70-х — начало 80-х гг.	1 400 000	130 000	0,5	30	ГС, ПИН, гетеро
Карибский бассейн	Конец 70-х — начало 80-х гг.	420 000	60 000	2,2	50	Гетеро, ГС
Восточная Европа и Центральная Азия	Начало 90-х гг.	1 000 000	250 000	0,5	20	ПИН
Западная Европа	Конец 70-х — начало 80-х гг.	560 000	30 000	0,3	25	ГС, ПИН
Северная Америка	Конец 70-х — начало 80-х гг.	940 000	45 000	0,6	20	ГС, ПИН, гетеро
Австралия и Новая Зеландия	Конец 70-х — начало 80-х гг.	15 000	500	0,1	10	ГС
<b>Всего</b>		<b>40 000 000</b>	<b>5 000 000</b>	<b>1,2</b>	<b>48</b>	

Источник: UNAIDS and WHO (ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения), *AIDS Epidemic Update*, December 2001 (Geneva, December 2001).

Примечание: «гетеро» означает гетеросексуальную передачу; «ПИН» означает передачу через употребление инъекционных наркотиков; «ГС» означает сексуальную передачу между мужчинами через

гомосексуальные связи.

<sup>a</sup> Доля взрослых в возрасте 15–49 лет, живших с ВИЧ/СПИДом в 2001 году, определенная на основе численности населения в 2001 году.

Слишком много молодых людей все еще не охвачены профилактическими кампаниями. Последние обследования в 17 странах показывают, что более половины опрошенных подростков не могли назвать ни одного метода предохранения от ВИЧ/СПИДа (Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2000 год). Во многих странах, пораженных ВИЧ, в сопряженных с риском ситуациях по-прежнему презервативами пользуются менее 50 процентов молодых людей, а это слишком низкая доля, для того чтобы радикально снизить распространенность новых случаев инфицирования ВИЧ. Разрабатываются более сильнодействующие антиретровирусные лекарственные средства и курсы лечения от заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами. Тем не менее для подавляющего большинства инфицированных они по-прежнему остаются недоступными.

## **Тенденции эпидемии**

Страны Африки к югу от Сахары остаются самым наиболее сильно пораженным регионом в мире. В 2001 году имело место примерно 3,4 млн. новых случаев инфицирования, в результате чего общее число ВИЧ-инфицированных достигло 28,1 млн. человек. Именно в этом регионе число ВИЧ-инфицированных женщин превышает число ВИЧ-инфицированных мужчин. По оценкам, в 2001 году от СПИДа умерли 2,3 млн. африканцев.

Бывают разные схемы передачи вируса, и наибольшему риску подвержены различные группы населения. В странах Африки к югу от Сахары вирус распространяется главным образом через гетеросексуальные связи во всех социальных группах. Однако физиологическая, социальная и экономическая уязвимость женщин обуславливает более высокие уровни инфицирования среди них в этом регионе. На конец 2001 года на всем континенте примерно 2,4 млн. детей в возрасте до 15 лет были ВИЧ-инфицированы, и эти данные свидетельствуют о том, что передача вируса от матери ребенку также уносит все больше жизней. Действительно, в этом регионе живет более 90 процентов всех детей, которые в 2001 году были инфицированы путем передачи вируса от матери ребенку.

Уганда стала является первой африканской страной, которой удалось затормозить развитие широкомасштабной эпидемии и изменить ситуацию к лучшему. Предпринятые ею исключительные усилия по проведению национальной мобилизации постепенно привели к снижению распространенности ВИЧ среди взрослых в городах с примерно 28 процентов в начале 90-х годов до менее чем 8 процентов в 2000 году. В некоторых районах Объединенной Республики Танзании и в Замбии все больше данных свидетельствует об аналогичном снижении распространенности ВИЧ среди молодых взрослых. В Западной Африке, где Сенегалу удалось удержать показатель передачи ВИЧ на уровне менее 2 процентов, Кот-д'Ивуар, наоборот, является одной из 15 наиболее пораженных стран в мире, а показатель распространенности инфекции среди взрослого населения густонаселенной Нигерии превысил 5 процентов.

В южной части Африки распространенность инфекции в настоящее время наиболее высока. В некоторых странах, а именно в Зимбабве, Лесото, Намибии, Свазиленде и Южной Африке, по меньшей мере каждый пятый взрослый ВИЧ-инфицирован. В Ботсване распространенность среди взрослых приближается к 36 процентам, что заставило правительство и общественность удвоить усилия по обузданию эпидемии. Южная Африка также возобновила свои усилия по сдерживанию эпидемии. В 2000 году распространенность ВИЧ среди беременных женщин в Южной Африке возросла до самого высокого когда-либо зарегистрированного уровня в 24,5 процента, в результате чего общее число ВИЧ-инфицированных южноафриканцев составило 4,7 млн. человек.

В Латинской Америке и Карибском бассейне распространение ВИЧ обусловлено рядом факторов, включая сопряженный с риском секс между мужчинами и женщинами, который является основным способом передачи инфекции в Карибском бассейне и значительной части Центральной Америки. В Коста-Рике и Мексике самые высокие уровни распространенности инфекции отмечаются среди мужчин, имеющих гомосексуальные связи, а в Аргентине, Бразилии и Уругвае — среди потребителей инъекционных наркотиков. Тем не менее все большая доля случаев заражения в регионе приходится на передачу через гетеросексуальные связи.

В странах Латинской Америки и Карибского бассейна около 1,8 млн. человек живут с ВИЧ/СПИДом, в том числе 190 000 взрос-

лых и детей, которые были инфицированы в 2001 году. В нескольких странах Карибского бассейна ВИЧ/СПИД стал основной причиной смерти. В наибольшей степени поражены Гаити и Багамские Острова, где распространенность ВИЧ среди взрослых превышает 4 процента. Бразилии, по-видимому, удастся сдерживать потенциально крупную гетеросексуальную эпидемию благодаря усилиям в области профилактики и широким программам лечения и ухода.

В Азии наблюдается тревожный рост числа случаев инфицирования. Семь миллионов человек в Азии и Тихоокеанском регионе живут с ВИЧ/СПИДом, и этот показатель многократно возрастет, если не будут оперативно приняты согласованные и решительные меры по остановке эпидемии.

В 2001 году в Азии было инфицировано более 1 млн. человек, и показатель распространенности ВИЧ среди взрослых в Камбодже, Мьянме и Таиланде превысил 2 процента. В Таиланде после осуществления интенсивной национальной программы, направленной на расширение применения презервативов в секс-индустрии, показатель применения презервативов среди лиц, оказывающих платные сексуальные услуги в публичных домах, превысил 90 процентов, резко сократилось число случаев заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), и распространенность ВИЧ среди лиц, призванных на военную службу, снизился более чем вдвое. Учитывая огромное по численности население Индии, уровень распространенности в ней инфекции менее 1 процента тем не менее означает, что с ВИЧ/СПИДом живут 3,86 млн. человек. Сопряженный с риском секс и практика потребления инъекционных наркотиков в значительной мере объясняют рост распространенности инфекции. Имевший в последнее время место резкий рост ИППП в Китае и широкая миграция населения внутри страны могут послужить толчком для эпидемии.

Между тем в Северной Африке и Западной Азии распространение ВИЧ-инфекции начинает расти с низкого уровня. Локальные исследования в Алжире и Ливийской Арабской Джамахирии, например, выявили, что показатели распространенности среди беременных женщин составляют около 1 процента. По оценкам, в 2001 году в регионе насчитывалось 80 000 новых случаев инфицирования, в результате чего число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, составило 440 000 человек.

Возрастают уровни распространенности инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии, где совпадающие по времени эпидемии ВИЧ, употребления инъекционных наркотиков и ИППП пополняют ряды лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом. Более четверти миллиона человек, инфицированных в 2001 году, составили мужчины, и почти все они — потребители инъекционных наркотиков из маргинальных слоев общества. В некоторых частях региона в 2001 году было отмечено больше новых случаев инфицирования, чем за все предыдущие годы, вместе взятые.

Новые эпидемии возникли в Эстонии и Узбекистане, а в Украине уже в 1999 году 240 000 человек жили с ВИЧ/СПИДом. В 1996 году сообщения о случаях ВИЧ-инфицирования поступили всего из нескольких городов Российской Федерации; сегодня вирус выявлен в 82 из 89 субъектов федерации. Эпидемия там по-прежнему затрагивает в основном потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров, однако растущая проституция и высокие уровни распространенности ИППП могут привести к ее быстрому распространению на все население.

Приблизительно 1,5 млн. ВИЧ-инфицированных живут в промышленно развитых странах с высоким уровнем доходов, и многие из них плодотворно трудятся благодаря комплексной противоретровирусной терапии. Однако эти успехи не могут заслонить того факта, что в большинстве промышленно развитых стран усилия в области профилактики застопорились: имеются данные о том, что распространенность ВИЧ в них за последние пять лет не снизилась.

В некоторых странах складывается новая картина инфицирования, когда эпидемия в большей степени затрагивает малоимущих и молодежь, особенно этнические меньшинства, которые подвергаются непропорционально высокому риску инфицирования, а также чаще не охватываются профилактическими кампаниями и лишены доступа к лечению. Серьезные основания для тревоги дают уровни распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков: 18 процентов в Чикаго и не менее 30 процентов в некоторых районах Нью-Йорка. А вот в Австралии благодаря программам обмена игл и шприцев уровни распространенности инфекции среди потребителей наркотиков остаются низкими.

В некоторых городах Северной Америки вновь возрастают уровни инфицирования среди гомосексуалистов. В результате одного исследования, проведенного в городах Соединенных Штатов,

было установлено, что показатель распространенности ВИЧ среди этой группы составляет 7,2 процента (Vallejo and others, 2000). Также сообщалось о резком росте распространенности заболеваний, передаваемых половым путем, среди молодых гомосексуалистов в Амстердаме, и это свидетельствует об опасности того, что сопряженный с риском секс вновь становится нормой. Имеются признаки того, что сопряженный с риском секс между мужчинами также может стать фактором, который будет играть все большую роль в распространении эпидемии в Восточной Европе.

### **Проблемы в области репродуктивных прав и репродуктивного здоровья, стоящие перед молодыми людьми**

В глобальном масштабе общей чертой всех регионов является распространение вируса среди молодежи в возрасте от 10 до 24 лет. По оценкам, на конец 2001 года 11,8 млн. молодых (от 15 до 24 лет) жили с ВИЧ/СПИДом: 7,3 млн. (62 процента) женщины и 4,5 млн. (38 процентов) мужчины. В таблице 11 представлена разбивка по регионам в соответствии с полом.

Таблица 11  
**Распространенность ВИЧ/СПИДа среди молодежи в возрасте 15–24 лет, по регионам, на конец 2001 года**

<i>Регион</i>	<i>Молодые люди с ВИЧ/СПИДом</i>	<i>Процент женщин среди ВИЧ-инфицированной молодежи</i>
Страны Африки к югу от Сахары . . . . .	8 600 000	67
Северная Африка и Западная Азия . . . . .	160 000	41
Южная Азия . . . . .	1 100 000	62
Восточная Азия и Тихоокеанский регион . . . . .	740 000	49
Латинская Америка и Карибский бассейн . . . . .	560 000	31
Центральная и Восточная Европа . . . . .	430 000	35
Промышленно развитые страны . . . . .	240 000	33
<b>Всего . . . . .</b>	<b>11 800 000</b>	<b>62</b>

*Источники:* Совместная программа Организации Объединенных Наций по вирусу иммунодефицита человека/синдрому приобретенного

иммунодефицита (ВИЧ/СПИДу) и Детский фонд Организации Объединенных Наций.

Уровни распространенности вируса среди мужчин и женщин в некоторых из наиболее затронутых инфекцией стран различны. Во многих общинах Ботсваны, Камеруна и Кении распространенность инфекции среди молодых женщин в 5–6 раз выше, чем среди их сверстников-мужчин. Помимо большей биологической восприимчивости женщин к ВИЧ, причина большой распространенности инфекции среди молодых женщин заключается в том, что они, как правило, имеют сексуальные связи с мужчинами более старшего возраста, которые к этому времени имели больше сексуальных партнеров и с большей вероятностью могут быть ВИЧ-инфицированы. Кроме того, женщинам, которые моложе партнера, в силу разницы в возрасте, экономических различий и гендерных норм, труднее настаивать на том, чтобы он пользовался презервативом или не вступал в сексуальные отношения с другими партнерами.

Охрана репродуктивного здоровья входит в число важнейших факторов в профилактике СПИДа. Защита и применение права на получение качественных комплексных услуг в области охраны репродуктивного здоровья приобретают исключительно важное значение в условиях, когда эпидемия ВИЧ по-прежнему быстрее всего распространяется среди молодежи и женщин.

Накопленная за 20 лет эпидемии обширная информация свидетельствует о сложном взаимодействии многих факторов, которые ограничивают способность отдельных лиц и общин защищать себя от ВИЧ-инфекции. Об этой незащищенности, особенно характерной для молодых людей, и пойдет речь далее.

### **Ограниченное признание личного риска ВИЧ-инфекции**

В ходе проведенных исследований в 9 африканских странах среди имевших сексуальный опыт женщин и мужчин в возрасте от 15 до 19 лет, от 40 до 87 процентов респондентов в семи странах указали, что, по их мнению, они подвергаются незначительному риску заразиться СПИДом или вообще не подвергаются ему. В большинстве случаев распространено мнение, что наличие лишь одного партнера исключает такой риск, в силу незнания того, что есть и другие факторы риска, такие как сексуальный анамнез и наличие у партнера других связей.



### **Недостаточная информированность и просвещение в области сексуального здоровья**

Обследования, проведенные в Карибском бассейне и Южной Америке, показывают, что по крайней мере треть молодежи получила незначительное половое воспитание, включая информацию о ВИЧ, или вообще не получила его. Во всех случаях выяснилось, что по этим вопросам молодые женщины знают меньше, чем молодые мужчины, что указывает на их недостаточный доступ к информации и на неспособность контролировать свою сексуальную жизнь. Помимо отсутствия надлежащей информации, молодые люди не имеют жизненных навыков, которые позволяли бы им руководствоваться необходимыми знаниями, более обдуманно подходить к принятию решений, связанных с сексуальными отношениями, и побуждали бы к ответственному поведению. В тех случаях, когда соответствующая информация предоставляется и просвещение ведется, половое воспитание, включая предоставление информации о сексуальном здоровье, проводится после начала половой жизни или в условиях школы, в результате чего остается неохваченной значительная часть молодых женщин и мужчин, которые к тому времени, возможно, уже вышли из системы формального образования.

### **Ранняя половая жизнь**

Раннее начало половой жизни ставит под угрозу здоровье подростков. В 6 из 11 стран Африки почти 20 процентов женщин подросткового возраста вступают в половые отношения до достижения 15-летнего возраста (Population Reference Bureau, 2001). В некоторых из этих стран ранняя половая жизнь молодых женщин совпадает с вступлением в брак или начинается непосредственно перед вступлением в брак, тогда как молодые мужчины приобретают ранний сексуальный опыт вне брака. Глобальные исследования свидетельствуют о том, что женщины подросткового возраста моложе 15 лет, как правило, вступают в сексуальные отношения под давлением, поскольку такие женщины особенно беззащитны перед сексуальным принуждением. Большинство молодых людей, когда они приобретают свой первый сексуальный опыт, не применяют никакой контрацепции и не предохраняются от ИППП, рискуя, таким образом, неожиданно для себя стать родителями или носителями ИППП. Молодые женщины, которые биологически более уязвимы в

отношении ИППП и ВИЧ-инфекции, как правило, не имеют возможности договариваться со своими партнерами о более безопасном сексе.

### **Неадекватные услуги в области охраны здоровья молодежи**

Услуги в области охраны репродуктивного здоровья в значительной степени были ориентированы на обслуживание потребностей беременных замужних женщин. В результате этого молодежь, особенно сексуально активные мужчины и женщины подросткового возраста, не обращаются в соответствующие службы по ряду причин, включая неудобный режим работы и местоположение, несоблюдение в них норм неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности, страх осуждения со стороны общественного мнения, порицание со стороны персонала медицинских учреждений и недоступные цены. Недостаточный доступ к услугам в области охраны здоровья представляет собой серьезную угрозу для репродуктивного здоровья подростков, особенно молодых женщин, ввиду их физиологической уязвимости в отношении ИППП. Большинство ИППП протекает у женщин бессимптомно, и подростки зачастую не имеют представления о разнице между нормальным и ненормальным состоянием репродуктивного здоровья. По этой причине они не прибегают к консультациям и помощи. Потенциал служб здравоохранения как центров по предоставлению специально ориентированного на молодежь комплекса услуг в области охраны репродуктивного здоровья, который включает добровольное консультирование и тестирование, просвещение в целях профилактики СПИДа, борьбу против ИППП и психологическую поддержку, используется не оптимально. Во многих развивающихся странах системы первичной медико-санитарной помощи не рассчитаны на включение в свою структуру таких служб, и вследствие неподготовленности своего персонала медицинские учреждения не способны удовлетворять специфические потребности молодых мужчин и женщин.

### **Неравноправные гендерные нормы и отношения**

Социальные ожидания мужчин и женщин оказывают глубокое воздействие на их способность предохраняться от ВИЧ/СПИДа и справляться с его последствиями. Что касается женщин, то их уязвимость усугубляется отсутствием доступа к информации по вопросам секса, ограниченным доступом к экономическим возможно-

стям и недостаточной самостоятельностью, а также многочисленностью их обязанностей в домашнем быту и в общине. Уязвимость мужчин также обусловлена социальными нормами, которые поощряют действие двойных стандартов — промискуитет мужчин, но моногамию женщин — и подпитывают вредные представления, которые способствуют злоупотреблению психоактивными веществами и насилию. Во всех регионах принудительный секс и сексуальные услуги в обмен на удовлетворение жизненных потребностей являются распространенной практикой среди молодых женщин.

### **Экономическая и социальная маргинализация**

Наиболее неблагополучные в социальном и экономическом отношении молодые люди подвергаются наибольшему риску ВИЧ-инфекции. Низкая образованность, плохое общее состояние здоровья, нелеченные ИППП и сексуальная эксплуатация повышают уязвимость молодежи, которая живет в нищете. В частности, молодые люди, которые живут или работают на улице, находятся в исключительно опасном положении, поскольку становятся легкой добычей для сексуальной эксплуатации, злоупотребления наркотиками и насилия.

### **Влияние ВИЧ/СПИДа на семью и общинные системы**

На молодежи пагубно сказываются тяжелые последствия эпидемии для семей и общин. Не только нищета является питательной средой для ВИЧ, но и ВИЧ/СПИД, в свою очередь, могут привести к нищете, особенно когда речь идет о женщинах и молодежи. По оценкам, в некоторых странах Африки к югу от Сахары их благосостояние упало примерно на 20 процентов (British Broadcasting Corporation, 2001). На микроэкономическом уровне в Кот-д'Ивуаре доходы городских домашних хозяйств, которые из-за СПИДа потеряли хотя бы одного члена семьи, сократились на 52–67 процентов, в то время как их расходы на поддержание здоровья выросли в четыре раза. В Замбии, где чистый семейный доход упал более чем на 80 процентов, детей забирают из школы, чтобы они занимались различной неформальной экономической деятельностью. Девочек забирают из школы чаще, чтобы они ухаживали за больными членами семьи или помогали семье материально, включая ведение натурального хозяйства, чем в основном занимаются женщины в сельских районах. Последствия СПИДа приводят к ослаблению социальной защиты со стороны семьи и сокращению охвата молоде-

жи формальным образованием, что лишь усиливает уязвимость людей.

### **Связь между охраной репродуктивного здоровья и программами противодействия ВИЧ/СПИДу**

Цели, согласованные на специальной сессии Генеральной Ассамблеи по проблеме ВИЧ/СПИДа, состоявшейся в Нью-Йорке в июне 2001 года (резолюция 26-S/2 Генеральной Ассамблеи, приложение), однозначно указывают на то, что охрана репродуктивного здоровья является одним из основополагающих элементов профилактики СПИДа и борьбы с его последствиями. Пропаганда репродуктивного здоровья и репродуктивных прав молодежи по-прежнему вызывают споры во многих странах. Проблемы, связанные с сексуальностью, традициями и родительскими правами и обязанностями по отношению к молодым людям, относящимися к сфере сексуального поведения, являются весьма щекотливыми в культурном и политическом планах. За последние два десятилетия стало очевидным, что каждый аспект охраны репродуктивного здоровья играет стратегическую роль в профилактике и лечении СПИДа. Ниже рассматриваются те из них, которые особенно важны для предупреждения СПИДа.

### **Содержание просветительских и информационных программ в области сексуального здоровья, их охват и осуществление**

Для адекватного противодействия эпидемии необходимы широкие информационные и учебно-просветительские программы, осуществляемые при участии государственного и частного секторов, соответствующие ей по масштабам. В них должны использоваться все каналы просвещения с привлечением возможностей общинных структур, таких как школы, органы местного самоуправления, церкви и средства массовой информации. Эффективность мероприятий по снижению распространенности ВИЧ в Уганде за 10-летний период была в значительной мере достигнута благодаря профилактическим просветительским кампаниям, которые мобилизовали лидеров всех уровней и во всех секторах. Массовые просветительские кампании также помогли Бразилии и Таиланду добиться серьезных успехов в противодействии эпидемии.

Просвещение по вопросам сексуального здоровья должно охватывать все население, прежде всего молодежь, как тех, кто посещает школу, так и тех, кто ее не посещает, а также группы населения, доступ к которым затруднен. Преодоление социальных и правовых препятствий потребует принятия упреждающих решительных решений по вопросам политики на национальном и местном уровнях, с тем чтобы просветительские программы в области сексуального здоровья, имеющие под собой широкую базу, имели законный характер и пользовались поддержкой. Построение просветительских программ на основе принципов прав человека позволяет распространить их охват на традиционно маргинализованные группы, такие, как люди, инфицированные ВИЧ, женщины и подростки. Кроме того, в просветительских программах в области сексуального здоровья необходимо учитывать динамику распространения эпидемии на местах, обеспечивать, чтобы в информационных мероприятиях освещались факторы риска и уязвимости наиболее затронутого населения, в том числе «тех конкретных групп, в которых в данный момент отмечаются высокие или растущие уровни ВИЧ-инфекции или в которых, по данным органов общественного здравоохранения, отмечается самый высокий риск и степень подверженности инфекции...» (резолюция S-26/2 Генеральной Ассамблеи, приложение, пункт 64). Хотя многие проблемы сексуального и репродуктивного здоровья являются общими как для женщин, так и мужчин, их потребности различаются в зависимости от местных обычаев и культур, семейного положения, проживания в сельских или городских районах, возраста и условий жизни. Просветительские программы должны быть адресными, учитывающими эти специфические потребности.

Необходимо разработать программы, в которых признается значение семьи в снижении уязвимости, в частности в образовании и жизненной ориентации детей, и учитываются культурные, религиозные и этические факторы и которые преследуют цель снижения уязвимости детей и молодежи. Во многих развивающихся странах способность родителей выполнять свою главную обязанность по обеспечению того, чтобы их дети получили базовое образование, что является одним из факторов защиты от ВИЧ/СПИДа, серьезно ограничена в силу их тяжелого материального положения и необходимости привлекать детей оказывать помощь в выполнении домашних обязанностей. В Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой на двадцать седьмой специальной сессии Генеральной Ассамблеи по проблеме

Генеральной Ассамблеи по проблеме ВИЧ/СПИДа (резолюция S-26/2 Ассамблеи, приложение), конкретно говорится о необходимости того, чтобы правительства разработали программы, которые предусматривали бы привлечение и расширение возможностей для участия семей в обеспечении обучения их детей и в планировании и осуществлении программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и ухода за больными (пункт 63). В осуществлении ряда инициатив в некоторых странах Африки и Азии, касающихся, в частности, улучшения взаимопонимания между поколениями в вопросах сексуальности и борьбы с ВИЧ/СПИДом, укрепления потенциала членов семей по оказанию финансовой и психосоциальной поддержки их родственникам, инфицированным ВИЧ, и сиротам и ослабления страха и отчужденности в общинах, активное участие принимали родители. В культурной среде, где действует система тесных семейных отношений, члены семей выступают как важные хранители информации о сексуальности молодежи, особенно молодых женщин. Поэтому расширение их знаний по вопросам ВИЧ/СПИДа и привлечение их к участию в программах в качестве партнеров имеет чрезвычайно важное значение для позитивного усиления их влияния на укрепление сексуального здоровья подростков. Такие программы показали, что родители и семьи являются ключевыми факторами в формировании и поддержании условий, благоприятствующих общему здоровью и благополучию молодых людей, особенно в деле поиска и получения информации и услуг в области сексуального здоровья и борьбы с ВИЧ/СПИДом.

### **Профилактика и лечение ИППП**

Поскольку ИППП, особенно герпес половых органов (HSV2), повышают для зараженного ими лица вероятность ВИЧ-инфицирования, усиление борьбы с ИППП может сыграть важнейшую роль в снижении уровней передачи ВИЧ. Для улучшения профилактики и лечения ИППП среди молодых людей необходимо, чтобы меры по их выявлению и лечению, равно как и пропаганда использования презервативов, стали обязательными элементами программ первичной медико-санитарной помощи и предупреждения ВИЧ. Такая интеграция повысит охват соответствующими услугами беременных женщин, посещающих клиники по родовому уходу, особенно ВИЧ-инфицированных женщин; женщин, пользующихся услугами в области планирования семьи; и женщин, посещающих службы охраны здоровья матери и ребенка. Имеющийся

опыт лечения ИППП свидетельствует, что все еще сохраняется ряд проблем в преодолении практики осуждения со стороны общества, которая препятствует обращению за медицинской помощью; в оснащении служб первичной медико-санитарной помощи средствами для оперативного проведения простых и недорогих диагностических анализов; в повышении доступности эффективных и недорогих лекарственных средств; и в предоставлении услуг для сексуальных партнеров, особенно мужчин.

### **Услуги в области планирования семьи**

Предоставление — в более широком контексте концепции репродуктивного здоровья — услуг в области планирования семьи, включая предупреждение СПИДа, откроет в этой области возможности сексуально активных, но не состоящих в браке молодых людей, и особенно для участия мужчин. Кроме того, консультирование по проблеме ВИЧ в рамках услуг в области планирования семьи обеспечивает применение методов двойной защиты (то есть, предохранение от беременности и защита от ВИЧ/ИППП). Двойная защита является важным вопросом с точки зрения как планирования семьи, поскольку наиболее распространенные и эффективные методы предохранения от беременности (гормональные препараты, ВМС и стерилизация) не обеспечивают защиты от СПИДа, так и предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку. Службы планирования семьи и консультирования по проблеме ВИЧ должны вместе со своими клиентами рассматривать возможность применения наиболее приемлемого метода двойной защиты с учетом их сексуальной практики, имеющихся средств и социальных условий.

### **Потребности в области репродуктивного здоровья женщин и мужчин, живущих с ВИЧ/СПИДом**

В странах, где отмечаются высокие показатели инфицированности ВИЧ, большое число лиц подросткового возраста, охваченных санитарным просвещением, уже являются ВИЧ-инфицированными. Данное обстоятельство требует переориентации содержания программ, с тем чтобы они касались не только вопросов предупреждения ВИЧ, но и поведения ВИЧ-инфицированных, таких как сокращение передачи ВИЧ от инфицированных неинфицированным лицам, предупреждение повторного инфицирования ВИЧ/ИППП, лечение ИППП, сексуальные отношения и планирование семьи. Проблема, стоящая перед службами

планирования семьи, заключается в том, что ВИЧ-инфицированные женщины редко сообщают о своем состоянии, и поэтому медицинские учреждения не могут оказать им соответствующую помощь.

### **Работа с мужчинами**

Привлечение мужчин в качестве партнеров в проводимых мероприятиях является важным элементом предупреждения и лечения СПИДа, поскольку во многих случаях именно мужчины принимают решения в вопросах, касающихся репродуктивного и сексуального здоровья. Меры, призванные расширить возможности женщин, должны сочетаться с усилиями по привлечению мужчин. Такие инициативы предполагают осознание мужчинами собственных потребностей в области репродуктивного и сексуального здоровья, понимание гендерных отношений и активное содействие формированию поведения, способствующего сохранению здоровья.

### **Методы предупреждения ВИЧ: презервативы и бактерицидные средства**

Обеспечение презервативами является одним из основополагающих элементов успешного предупреждения СПИДа. Однако добиться, чтобы сексуально активные подростки постоянно и правильно использовали презервативы — серьезная проблема, которую общественное здравоохранение еще не смогло решить. Хотя исследования выполнимости поставленной задачи свидетельствуют о все более широком применении защитных средств среди как мужчин, так и женщин, проблемы стоимости и доступности препятствуют этому.

Бактерицидные средства местного действия призваны расширить выбор имеющихся возможностей для предохранения, особенно тех, которыми пользуются женщины. Поиск эффективного бактерицидного средства для предупреждения передачи ВИЧ продолжается, хотя научные исследования и новые разработки сдерживаются ввиду финансовых ограничений.

### **На пути к будущему**

За последние два десятилетия всему миру стало ясно, что эпидемия ВИЧ/СПИДа — глобальное бедствие. Чтобы остановить его распространение, необходимы исключительные меры противодей-



ствия на глобальном уровне на основе увеличения ресурсов, улучшения координации и беспрецедентной целеустремленности и инициативы лидеров всех стран. На специальной сессии Генеральной Ассамблеи по проблеме ВИЧ/СПИДа было заявлено о политической приверженности и обязательствах по обеспечению ресурсов. Глобальный фонд борьбы со СПИДом и здоровья, созданный по инициативе Генерального секретаря Организации Объединенных Наций в целях мобилизации поддержки на самом высоком политическом уровне, обеспечит механизм, призванный направить такую приверженность и обязательства в русло широкомасштабных действий на основе соответствующих программ в целях контроля над эпидемией. Теперь успех зависит от того, насколько хорошо странам удастся организовать свои меры реагирования и руководить ими.

## **VIII. Репродуктивные права**

В Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию (Организация Объединенных Наций, 1995а, глава I, резолюция 1, приложение) определено широкое понимание репродуктивных прав. Пункт 7.2 гласит, что:

«Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов. Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь и что у них есть возможность воспроизводить себя, и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто».

Далее в Программе действий отмечается:

«С учетом вышеизложенного определения репродуктивные права охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других соответствующих документах Организации Объединенных Наций, принятых на основе консенсуса. Указанные права зиждутся на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно коли-

чества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами и праве на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья. Это также включает их право принимать решения в отношении воспроизводства потомства без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия, о чем говорится в документах по правам человека. ...Поощрение ответственного подхода к осуществлению этих прав всеми людьми должно стать основой основ осуществляемых с помощью правительств и общин политики и программ в области репродуктивного здоровья, включая планирование семьи. В рамках своих обязательств следует уделять пристальное внимание поощрению равноправных отношений между полами на основе взаимного уважения и, в частности, удовлетворению потребностей подростков в просвещении и услугах, с тем чтобы они могли позитивно и ответственно относиться к своей сексуальности» (пункт 7.3).

### **Ключевые проблемы, относящиеся к репродуктивным правам**

Важным аспектом репродуктивных прав является право доступа к информации и методам планирования семьи. В конституциях ряда стран, в том числе Бразилии, Гватемалы, Колумбии и Южной Африки, четко признается право супружеской пары на свободное принятие ответственного решения относительно количества своих детей и интервалов между их рождением. Кроме того, на протяжении ряда лет неуклонно растет доля правительств, оказывающих непосредственную поддержку службам планирования семьи — с 63 процентов в 1976 году до 75 процентов в 2001 году. В настоящее время 144 страны непосредственно поддерживают обеспечение контрацептивами и 34 государства оказывают косвенную поддержку (см. таблицу 12).

Таблица 12  
**Государственная политика в области обеспечения доступа к методам контрацепции, в соответствии с уровнем развития стран, 2001 год**  
*(Число стран)*

	Неограниченный доступ	Ограниченный доступ			Всего
		Прямая поддержка	Косвенная поддержка	Отсутствие поддержки	
Весь мир . . . . .	1	144	32	16	193
Развитые страны . . . . .	1	22	17	8	48
Развивающиеся страны	0	122	15	8	145
Наименее развитые страны . . . . .	0	43	4	2	49

*Источник:* Банк данных о демографической политике, сопровождаемый Отделом народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций.

Помимо предоставления услуг в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию изложен разработанный на основе потребностей подход к предоставлению услуг в области планирования семьи. Ассоциация планирования семьи Бангладеш, например, делает упор на ориентированный на потребности клиентов подход к сексуальному и репродуктивному здоровью, который направлен на повышение участия мужчин и призван охватить такие группы, как молодежь, персонал медицинских учреждений, добровольцев, религиозных деятелей и лидеров общин просветительскими кампаниями, а также информационными и образовательными программами. В число предоставляемых услуг входят также иммунизация, оральная регидратация, пропаганда грудного вскармливания, обучение грамоте основам правильного питания. Тем не менее в некоторых странах такой подход остается нечетко сформулированной целью, которая не нашла отражения в соответствующей политике и программах.

Сегодня подростки имеют иные возможности, чем их родители или даже подростки десять или двадцать лет назад. Во всем мире растет посещаемость школ. С ростом уровня образования расширяются возможности для трудоустройства и продвижения по службе, особенно в информационной и профессионально-техниче-

ской областях. В то же время подростки также сталкиваются с проблемами, присущими лишь нынешнему историческому моменту. Помимо расширения перспектив личностного развития снижение возраста полового созревания и повышение возраста вступления в брак увеличивают для подростков риск, связанный с сексом, беременностью, ИППП и рождением детей вне брака. В определенных условиях, когда высок уровень распространенности ВИЧ/СПИДа и других ИППП, замужние женщины подросткового возраста могут быть особенно уязвимы, поскольку они ведут регулярную половую жизнь, но имеют ограниченные возможности участвовать в принятии связанных с этим решений. Не следует забывать, что это первое поколение подростков, которые выросли в мире, где распространен ВИЧ/СПИД.

Ряд ключевых вопросов, касающихся репродуктивных прав подростков, связан с браком. Законы, устанавливающие минимальный возраст вступления в брак, принимаются практически повсеместно, и наиболее распространенный минимальный брачный возраст составляет 18 лет для мужчин и 16 лет для женщин. Тем не менее, несмотря на законодательство, призванное покончить с такой практикой, девочки во многих странах обычно выходят замуж вскоре после полового созревания, и принято, чтобы они практически сразу начинали рожать детей, отчасти из-за отсутствия для них каких-либо иных возможностей. Многие законы устанавливают минимальный возраст вступления в брак, который является чересчур ранним для женщин и более ранним для женщин, чем для мужчин, исходя из представления, что женщинам требуется меньше лет, чтобы подготовиться к вступлению в брак, поскольку их обязанности будут ограничены деторождением и домашними делами. За два минувших десятилетия более чем в 50 странах были изменены законы о минимальном законном возрасте вступления в брак. Однако соблюдение этих законов часто не обеспечивается. В некоторых регионах мира таких, как Африка, установленный законом возраст вступления в брак часто бывает высоким, что свидетельствует о тенденции к принятию европейских правовых стандартов, а фактически возраст вступления в брак остается низким.

Права подростков на охрану здоровья впервые были признаны на международном уровне в Конвенции о правах ребенка (резолюция 44/25 Генеральной Ассамблеи, приложение). Хотя в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию признаются права родителей и опекунов на соответствующую

щее воспитание и ориентацию подростков в вопросах репродуктивного здоровья, сообразуясь с их развивающимися способностями, в ней также содержится призыв к защите прав подростков на информацию и услуги и к содействию осуществлению этих прав.

В районах, где ВИЧ распространяется через гетеросексуальные контакты, эпидемия ВИЧ/СПИДа касается репродуктивных прав по-разному, включая право предохраняться от заражения болезнью и права детей, которые могут быть инфицированы. С этим связана и проблема защиты от ИППП, которая имеет жизненно важное значение, поскольку такие заболевания повышают подверженность мужчин и женщин ВИЧ-инфекции.

Решение о том, когда и при каких обстоятельствах заниматься сексом, часто рассматривается как право супруга. В таких обстоятельствах женщины, видимо, имеют слишком мало прав и влияния, чтобы противостоять желаниям мужей, даже если они подозревают, что их муж имеет ВИЧ/СПИД. Аналогичным образом ограничено также их право использовать средства защиты от ВИЧ и ИППП. Во многих местах считается, что презервативы, самый дешевый и эффективный метод защиты, приемлемы для использования во время занятия сексом с проститутками, но не между супругами. Известно, что ИППП, которые вызывают поражения язвенного характера, повышают заражение вирусом ВИЧ во время половых контактов. Женщины как пассивные партнеры особенно подвержены такой инфекции.

Дискриминация в отношении женщин по признаку пола может создать дополнительное бремя для женщин, которые имеют ВИЧ/СПИД. Например, когда женщинам отказывается в праве на владение собственностью, женщину, имеющую ВИЧ/СПИД, или женщину, чей муж умер от ВИЧ/СПИДа, могут принудить покинуть свой дом, и у нее может практически не быть юридических возможностей заявить права на эту собственность (Center for Reproductive Law and Policy, 2000). В некоторых странах Азии, где женщины имеют низкий правовой статус, гендерная динамика эпидемии, как ожидается, будет способствовать ее быстрому распространению (Crossette, 2001).

Репродуктивные права включают доступ к полному спектру услуг в области охраны репродуктивного здоровья, в том числе к дородовому уходу, который гарантирует рождение женщиной здорового ребенка. Дети инфицируются ВИЧ/СПИДом двумя путями:

через передачу вируса от их матерей или в результате половой жизни, которая начинается в подростковом возрасте. Передача вируса от матери ребенку может произойти во время беременности, во время родов или кормления грудью. Приблизительно 25–30 процентов младенцев, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин, получают вирус от своих матерей, и большинство из них живут максимум несколько лет. Хотя существуют безопасные и эффективные лекарственные средства, такие как невирапин, которые могут существенно снизить риск рождения ВИЧ-инфицированного ребенка, большинство женщин в развивающихся странах не имеют доступа к таким лекарствам.

Дети, особенно девочки, могут также приобрести ВИЧ/СПИД, если они начинают половую жизнь в раннем возрасте. Помимо риска для здоровья в результате наступления ранней беременности и других рисков, связанных с преждевременной половой жизнью без применения защитных средств, сегодня подростки сталкиваются с дополнительным риском приобретения ВИЧ/СПИДа. Они могут иметь ограниченный доступ или вовсе не иметь доступа к информации и консультированию по вопросам ВИЧ/СПИДа и ИППП, а также возможностей пользоваться услугами в данной области.

Детская проституция, которая связана с крайней нищетой и распадом семьи, является еще одним нарушением прав ребенка и еще одним источником ВИЧ-инфекции. Растет озабоченность относительно числа бездомных детей и все более широкого распространения детской проституции в некоторых странах. В результате одного исследования было установлено, что значительная доля беспризорных детей подвергаются совращению и принудительному вступлению в половые отношения, зачастую в обмен на ночлег и еду (Kandela, 2000).

## **Репродуктивные права и насилие в отношении женщин**

В Декларации Организации Объединенных Наций об искоренении насилия в отношении женщин (резолюция 48/104 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года) насилие в отношении женщин определяется как любой акт насилия, совершенный на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страда-

ния женщинам, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни (статья 1). Насилие включает нанесение побоев, половое принуждение в отношении девочек, изнасилование жены мужем, традиционные виды практики, наносящие ущерб женщинам, половое домогательство и запугивание на работе, торговлю женщинами и принуждение к проституции. После того как получила хождение концепция репродуктивных прав, вопрос о насилии, совершаемом на основании полового признака, стал предметом оживленной дискуссии в связи с проблемами народонаселения.

Гендерное насилие часто начинается в раннем возрасте. В детстве распределение семейных ресурсов преимущественно в пользу мальчиков может негативно сказаться на здоровье девочек. Такие ресурсы могут включать питание, медицинскую помощь и школьное образование. Последние исследования показали, что в большинстве стран девочки не подвергаются систематической дискриминации по признаку пола, однако есть свидетельства того, что в некоторых странах Азии мальчики имеют преимущества в доступе к услугам здравоохранения (Организация Объединенных Наций, 2000b).

Насилие в семье является наиболее распространенной формой насилия, совершаемого на основании полового признака, и, когда женщина выходит замуж, зачастую в подростковом возрасте и в некоторых случаях без ее согласия, насилие в семье может стать для нее настоящей проблемой. Это особенно касается случаев, когда муж значительно старше своей жены и когда в соответствии с местными обычаями муж считается доминирующим партнером. Насилие в отношении женщин имеет место и в других ситуациях, когда женщины не могут осуществить свое право на справедливое обращение. Такие ситуации включают сексуальную эксплуатацию женщин-беженцев, изнасилование как средство ведения войны, торговлю женщинами для работы в сексиндустрии и дискриминацию в отношении вдов.

Поскольку насилие в отношении женщин часто коренится в неравенстве и неравноправии мужчин и женщин, самой эффективной мерой противодействия этому в долгосрочной перспективе является непрерывный прогресс в расширении прав женщин (Heise, Ellsberg and Gottemoeller, 1999). Это означает равные возможности для девочек в области образования, а для женщин — расширение

контроля над своими средствами, экономическую независимость и более широкие права в плане принятия решений.

Ежегодно приблизительно 2 млн. женщин и девочек рискуют подвергнуться, в той или иной форме, калечащей операции на женских гениталиях (Всемирная организация здравоохранения, 2000а). Этой процедуре, иногда именуемой женским обрезанием, обычно подвергаются молодые девушки или девочки-подростки незадолго до достижения брачного возраста, как правило, вне системы медицинских учреждений. Она заключается в частичном или полном удалении наружных женских половых органов или в другом повреждении женских половых органов. Примерно в 4 из каждых 5 случаев проводится резекция клитора и малых губ; в 15 процентах случаев — соединение краев раны скобками — самая экстремальная форма этой практики. Известно, что калечащие операции на женских гениталиях практикуются примерно в 30 странах Африки и ряде стран Западной Азии. Как сообщается, они также производятся в иммигрантских общинах в Европе, Северной Америке, Австралии и Новой Зеландии. Согласно последним обзорам в области народонаселения и здравоохранения в некоторых странах, например в Египте, Мали, Судане и Эритрее, этой операции подверглись более 90 процентов женщин.

Чаще всего для обоснования практики калечащих операций на женских гениталиях ссылаются на необходимость поддержания социального статуса и защиты репутации девушек. В некоторых регионах считается, что если девушки не подверглись обрезанию, они не пригодны к вступлению в брак. Демографические и медико-санитарные обследования показали, что более 70 процентов женщин в странах, где эта практика широко распространена, поддерживают ее. Даже женщины, выступающие против калечащих операций на женских гениталиях, предпочитают, чтобы их дочери подверглись этой процедуре, уступая давлению со стороны общины и влиянию старших членов семьи (Организация Объединенных Наций, 2000с).

Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла несколько резолюций, призывающих правительства искоренить калечащие операции на женских гениталиях, в связи с чем некоторые страны приняли законодательство о запрете этой практики. В 1994 году Гана стала первой африканской страной, которая объявила вне закона калечащие операции на женских гениталиях;



за ней последовали Буркина-Фасо, Кот-д'Ивуар и Сенегал. В 1995 году Уганда приняла новую конституцию, в которой говорится, что «законы, культуры, обычаи или традиции, которые противостоят достоинству, благополучию или интересам женщин или которые подрывают их статус, настоящей Конституцией запрещаются» (Center for Reproductive Law and Policy, 2000). В Уганде в округе Капчорва был осуществлен проект, благодаря которому удалось значительно сократить распространенность калечащих операций на женских гениталиях, проведя грань между практикой операций как таковой и культурными ценностями, которые она призвана поддерживать, и предложив для поддержки этих идеалов альтернативные меры. Лидеры местных общин участвовали во всех этапах этого процесса, и для всех секторов общины проводились информационно-просветительские семинары. В 1996 году число калечащих операций на женских гениталиях снизилось на 36 процентов (Chekweko, 1998).

Генеральная Ассамблея на своей двадцать третьей специальной сессии под названием «Женщины в 2000 году: равенство между мужчинами и женщинами, развитие и мир в XXI веке» призвала правительства к «разработке, принятию и полному осуществлению законов и, когда это уместно, других мер, таких, как стратегии и просветительские программы, для искоренения вредных обычаев или традиционной практики, включая калечащие операции на женских половых органах, ранние браки, принуждение к браку и так называемые преступления по долгу чести, которые представляют собой нарушение прав человека женщин и девочек и создают помехи для полного осуществления ими своих прав человека и основных свобод, и активизации усилий в сотрудничестве с местными женскими группами по повышению осведомленности общества в целом и отдельных лиц о том, каким образом эта вредная традиционная практика и обычаи нарушают права человека женщин» (резолюция S-23/3 Ассамблеи, приложение, пункт 69(e)).

Генеральная Ассамблея на своей двадцать третьей специальной сессии призвала также правительства к «расширению сотрудничества, принятию более эффективных стратегических мер, ответственному осуществлению национальных законов и других мер защиты и профилактики, направленных на ликвидацию насилия в отношении женщин и девочек, особенно всех форм коммерческой сексуальной эксплуатации, а также экономической эксплуатации, включая торговлю женщинами и детьми, детоубийство новорож-

денных девочек, преступления, совершаемые якобы для защиты чести, преступления по страсти, преступления по причине расовой ненависти, похищения и продажа детей, насилие и убийства, связанные с приданым, причинение увечий с использованием кислоты и наносящую ущерб здоровью традиционную и обычную практику, такую, как калечащие операции на женских половых органах, а также ранние и принудительные браки» (резолюция S-23/3 Ассамблеи, приложение, пункт 96(a)).

Впоследствии Генеральная Ассамблея приняла резолюцию, озаглавленную «Деятельность по искоренению преступлений против женщин, совершаемых в защиту чести» (резолюция 55/66 Ассамблеи), и резолюцию, озаглавленную «Ликвидация всех форм насилия, в том числе преступлений, в отношении женщин, указанных в итоговом документе двадцать первой специальной сессии Генеральной Ассамблеи под названием «Женщины в 2000 году: равенство между мужчинами и женщинами, развитие и мир в XXI веке» (резолюция 55/68 Ассамблеи).

## **Заключение**

В Программе действий, принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 году, даны ясные определения репродуктивных прав и репродуктивного здоровья. В ней также особое внимание отводится вопросам гендерного равенства, справедливого обращения и расширения прав женщин. Состоявшаяся в следующем году в Пекине четвертая Всемирная конференция по положению женщин подтвердила принцип защиты прав человека в отношении женщин и призвала правительства содействовать соблюдению и защите прав женщин, включая их репродуктивные права, и устранять препятствия, которые мешают успешному осуществлению этих прав.

Был достигнут значительный прогресс в создании основы для репродуктивных прав, однако предстоит еще многое сделать, для того чтобы эти права получили реальное содержание в соответствующей политике и программах. Хотя многие страны приступили к осуществлению соглашений, достигнутых на Международной конференции по народонаселению и развитию, другие страны, особенно с низкими доходами, не располагают достаточными ресурсами для предоставления комплексных медико-санитарных услуг. Веро-

ятно, благодаря широкому международному консенсусу, достигнутому на Конференции, и постоянной поддержке концепций репродуктивных прав и репродуктивного здоровья в ходе проведения обзора осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию за пять лет репродуктивные права и в будущем будут по-прежнему занимать центральное место в демографической политике.

### Примечания

- <sup>1</sup> Под абортom, производимым в неадекватных условиях, понимается процедура прерывания нежелаемой беременности либо лицами, не обладающими необходимой квалификацией, либо в условиях, не обеспечивающих соблюдения минимальных медицинских норм, или при наличии обоих указанных обстоятельств (на основе World Health Organization, *The Prevention and Management of Unsafe Abortion, Report of a Technical Working Group* (Geneva, April 1992) (WHO/MSM/92.5).
- <sup>2</sup> Общее число беременностей определялось как сумма родов и абортom за данный календарный год. Ввиду отсутствия надежной информации беременности, которые заканчиваются самопроизвольной потерей плода (выкидышами или мертворождениями), не учитываются. В результате этого данные об общем числе беременностей и, следовательно, показатели беременности будут заниженными.
- <sup>3</sup> Всемирная Организация здравоохранения рекомендует заменить термин «заболевания, передаваемые половым путем» (ЗППП), термином «инфекции, передаваемые половым путем» (ИППП). Термин «инфекции, передаваемые половым путем», был принят потому, что он включает бессимптомные инфекции. Кроме того, этот термин принят большим числом различных научных обществ и повсеместно встречается в научных публикациях.
- <sup>4</sup> По определению Всемирной организации здравоохранения, подростками являются лица в возрасте от 10 до 19 лет, а молодежь — это лица в возрасте от 15 до 24 лет. В понятие «молодые люди» включаются обе частично совпадающие группы, и оно охватывает лиц в возрасте от 10 до 24 лет.

## Библиография

- Abbasi-Shavazi, J. (2001). Below-replacement fertility in Iran: progress and prospects. Paper presented at the (IUSSP) Seminar on International Perspectives on Low Fertility: Trends, Theories and Policies, Tokyo, 21–23 March 2001.
- AbouZahr, Carla (1998). Maternal mortality overview. In *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, Global Burden of Disease and Injury Series, vol. III, C.J.L. Murray and A.D. Lopez, eds. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of World Health Organization and World Bank.
- AbouZahr, C., E. Ahman and R. Guidotti (1998). Puerperal sepsis and other puerperal infections. In *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, Global Burden of Disease and Injury Series, vol. III, C.J.L. Murray and A.D. Lopez, eds. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of World Health Organization and World Bank, p. 205.
- Agoestina, T., and A. Soejoenoes (1989). *Technical Report on the Study of Maternal and Perinatal Mortality, Central Java Province*. Republic of Indonesia, Coordinating Board of Indonesian Fertility Research (BKS PENFIN) Ministry of Health.
- Alan Guttmacher Institute (1998). *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Arno, J., and others (1994). Age and clinical immunity to infections with Chlamydia trachomatis. *Sexually Transmitted Diseases* (Philadelphia), vol. 21, No. 1, pp. 47–52.
- Atrash, H., S. Alexander and C. Berg (1995). Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstetrics and Gynecology* (New York), vol. 86, No. 4 (February).
- Barge, S., and others (1998). *Availability of Abortion Services in Rural Government Clinics in Four States of India*. Baroda, Gujarat, India: (Baroda, Gujarat) Centre for Operations Research and Training.
- Becker, Stan (1993). The determinants of adolescent fertility with special reference to biological variables. In *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*, Ronald Gray, Henri

- Leridon and Alfred Spira, eds. Oxford, United Kingdom: Clarendon Press, pp. 21–49.
- Berglund, T., H. Fredlund and J. Giesecke (2001). Epidemiology of the reemergence of Gonorrhoea in Sweden. *Sexually Transmitted Diseases* (Philadelphia), vol. 28, pp. 111–114.
- Blanc, Ann (2000). *The Relationship Between Sexual Behaviour and Level of Education in Developing Countries*. Geneva: UNAIDS.
- Blanc, Ann K. and Ann Way (1998). Sexual behaviour and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 29, No. 2 (June), pp. 106–116.
- Bongaarts, John, and Judith Bruce (1995). The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 26, No. 2 (March/April), pp. 57–75.
- Bongaarts, J., and G. Feeney (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*, vol. 24, No. 2, pp. 271–291.
- Borisenko, K.K., L.I. Tichonova and A.M. Renton (1999). Syphilis and other sexually transmitted infections in the Russian Federation. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 10, No. 10 (October), pp. 665–668.
- Bozon, M. and E. Enoch (1999). Brésil: la transition démographique rapide d'un pays hétérogène. *Population et Sociétés* (Bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques), No. 345 (avril).
- Bozon, M., and O. Kontula (1998). Sexual initiation and gender in Europe: a cross-cultural analysis of trends in the twentieth century. In *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, M. Hubert, N. Bajos and Th. Sandfort, eds. London: UCL Press, pp. 37–67.
- Bradley, David (2001). Regulation of unmarried, cohabitation in West-European jurisdictions: determinants of legal policy. *International Journal of Law, Policy and the Family* (Oxford), vol. 15, No. 1 (April), pp. 22–50.
- British Broadcasting Corporation (2001). AIDS tops African agenda (August).

- Brown, Elisabeth, and Alfred Dittgen (2000). Fertility of married and unmarried couples in Europe. Paper presented at the Fertility and Family Surveys Flagship Conference: Partnership and Fertility. A Revolution? Brussels, Belgium, 29–31 May 2000.
- Bumpass, Larry L., and Hsien-Hen Lu (2000). Trends in cohabitation and implications for children's family contexts in the United States. *Population Studies* (London), vol. 54, No. 1 (March), pp. 29–41.
- Bunnell, R.E., and others (1999). High prevalence and incidence of sexually transmitted diseases in urban adolescent females despite moderate risk behaviour. *Journal of Infectious Diseases* (Chicago), vol. 180, No. 5, pp. 1624–1631.
- Burstein, G.R., and others (1998). Incident Chlamydia trachomatis infections among inner-city adolescent females. *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, No. 6, pp. 521–526.
- Carr, Dara, Ann Way and R. Smith (2001). *Youth in Sub-Saharan Africa: A Chartbook on Sexual Experience and Reproductive Health*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Center for Reproductive Law and Policy (2000). *Reproductive Rights 2000: Moving Forward*. New York.
- Chekweko, Jackson (1998). Creating necessary conditions for implementing sexual and reproductive health and rights. *Ensuring Reproductive Rights and Implementing Sexual and Reproductive Health Programmes*. UNFPA Expert Round Table Meeting, Kampala, Uganda, 22–25 June 1998.
- Chowdhury, Sameena, and others (2000). Nutritional status and age at menarche in a rural area of Bangladesh. *Annals of Human Biology* (London), vol. 27, No. 3 (May–June), pp. 249–256.
- Contreras, Juan M., José M. Guzmán and Ralph Hakkert (2001). Uso de anticonceptivos en adolescentes. In *Diagnóstico Sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*, José M. Guzmán, and others, eds. Mexico City, Mexico: United Nations Population Fund, pp. 129–142.
- Cook, R.L., and others (1999). Screening for Chlamydia trachomatis infection in college women with a polymerase chain reaction assay. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 28, No. 5, pp. 1002–1007.

- Coche, M.F., and others (1997). Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and pre-term delivery. *Sexually Transmitted Diseases* (Philadelphia), vol. 24, pp. 353–360.
- Cronberg, S. (1993). The rise and fall of sexually transmitted disease in Sweden. *Genitourinary Medicine* (London), vol. 69, pp. 184–186.
- Crossette, Barbara (2001). In India and Africa, women's low status worsens their risk of AIDS. *The New York Times* (26 February).
- Darroch, Jacqueline E., Jennifer J. Frost, Susheela Singh and the Study Team (2001). *Teenage sexual reproductive behavior in developed countries. Can more progress be made?* Occasional Report No. 3 (November). New York and Washington: Alan Guttmacher Institute.
- De Browere, V., R. Tonglet and W. Van Lerberghe (1998). Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialised West? *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, No. 10, pp. 771–782.
- Denmissie, K., and others (2000). *Perinatal Health Indicators for Canada*. Ottawa, Canada: Canadian Perinatal Surveillance System.
- De Vos, Susan (2000). Nuptiality in Latin America. In *Till Death Do Us Part: A Multicultural Anthology on Marriage*, Sandra L. Browning and Robin, R. Miller, eds. Stamford, Connecticut: JAI Press.
- Dittus, Patricia J., James Jaccard, and Vivian V. Gordon (1997). The impact of African American fathers on adolescent sexual behavior. *Journal of Youth and Adolescence* (New York), vol. 26, No. 4 (August), pp. 445–465.
- Duncan, E.M., and others (1990). First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease. *The Lancet* (Baltimore, Maryland; and London), vol. 335, pp. 338–340.
- Fleming, D.T., and others (1997). Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976–1994. *New England Journal of Medicine* (Boston, Massachusetts), vol. 337, No. 16, pp. 1105–111.
- Gage, Anastasia J. (1998). Sexual activity and contraceptive use: the components of the decision-making process. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 29, No. 2 (June), pp. 154–166.

- Gage, Anastasia J., and Dominique Meekers (1994). Sexual activity before marriage in Sub-Saharan Africa. *Social Biology* (Port Angeles, Washington), vol. 41, No. 1–2 (spring/summer), pp. 44–60.
- Gomez, Victor M. (1993). *Los padres, la educación y las relaciones sexuales premaritales de los hijos*. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva, Programa Salud Reproductiva.
- Graham, Wendy, William Brass and Robert W. Snow (1989). Estimating maternal mortality: the sisterhood method. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 20, No. 3 (May–June), pp. 125–135.
- Greenwood, A.M., and others (1987). A prospective study of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 65, pp. 635–643.
- Grimes, David A. (2000). Reducing complications of unsafe abortion: the role of medical technology. Paper presented at the Meeting on Priorities and Needs in the Area of the Unsafe Abortion, United Nations Development Programme/United Nations Population Fund/World Health Organization/World Bank, Geneva, 28 and 29 August 2000.
- Guillaume, Agnès, and others (1999). *Le recours à l'avortement. La situation en Côte d'Ivoire*. Abidjan: École nationale supérieure de statistique et de l'économie appliquée (ENSEA) and Institut de recherche pour le développement (IRD), Études et Recherches, No. 27.
- Guzmán, J.M., and other (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México, D.F.: UNFPA.
- Harrison, Abigail, and others (2000). Barriers to implementing South Africa's Termination of Pregnancy Act in rural KwaZulu/Natal. *Health Policy and Planning* (Oxford), vol. 15, No. 4.
- Heise, Lori, K. Moore and N. Toubia (1995). *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. New York: The Population Council.



- Heise, Lori, Mary Ellsberg, and Megan Gottemoeller (1999). Ending violence against women. *Population Reports*, Series L, No. 11. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- Henshaw, Stanley K., and others (1998). The incidence of abortion in Nigeria. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 24, No. 4, pp. 156–164.
- Henshaw, Stanley, Susheela Singh and Taylor Haas (1999a). The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 25, No. Special (January), pp. S30–S38.
- Henshaw, Stanley, Susheela Singh and Taylor Haas (1999b). Recent trends in abortion rate worldwide. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 25, No. 1 (June), pp. 44–48.
- Huntington, Dale (2000). Meeting Women's Health Care Needs after Abortion. *Program Brief No. 1*. Washington, D.C.: Population Council/FRONTIERS.
- Huntington, Dale, and others (1998). The postabortion caseload in Egyptian hospitals: a descriptive study. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 24, No. 1 (March), pp. 25–31.
- Hutchinson, M. Katherine, and Teresa M. Cooney (1998). Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implications for intervention. *Family Relations*, vol. 47, No. 2 (April), pp. 185–194.
- Indriso, Cynthia, and Axel I. Mundigo, eds. (1999). *Abortion in the Developing World*. London: Zed Books; and New Delhi: Vistaar Publications.
- Jejeebhoy, Shireen J. (1995). *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*. Oxford, United Kingdom: Clarendon Press.
- Kamali, A., and others (1999). Seroprevalence and incidence of genital ulcer infection in a rural Ugandan population. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 75, pp. 98–102.

- Kandela, Peter (2000). Marrakesh: child prostitution and the spread of AIDS. *The Lancet* (Boston, Massachusetts; and London), vol. 356, No. 9246 (9 December), p. 1991.
- Kiernan, Kathleen E. (1999). Cohabitation in Western Europe. *Population Trends* (London), No. 96 (summer), pp. 25–32.
- Kishor, Sunita, and Katherine Neitzel (1996). *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies, No. 21. Calverton, Maryland: Macro International.
- Klijzing, Erik, and Miroslav Macura (1997). Cohabitation and extra-marital childbearing: early FFS evidence. In *Proceedings of the International Population Conference, Beijing, 11–17 October 1997*, vol. 2. Liège, Belgium: International Union for the Scientific Study of Population, pp. 885–901.
- Konaté, Mamadou Kani, and others (1999). Radioscopie d'une pratique controversée. Les conséquences sanitaires et sociales de l'avortement provoqué dans le district urbain de Bamako. *Pop Sahel* (Bamako), No. 27 (May).
- Krone, M.R., and others (2000). Herpes simplex virus type 2 shedding in human immunodeficiency virus-negative men who have sex with men: frequency, patterns, and risk factors. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 30, No. 2, pp. 261–267.
- Laga, M, and others (1993). Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS* (Philadelphia) vol. 7, pp. 95–102.
- Lesthaeghe, R., and P. Willems (1999). Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union? *Population and Development Review*, vol. 25, No. 2, pp. 211–228.
- Lloyd, Cynthia, and Barbara Mensch (1999). Implications of formal schooling for girls' transitions to adulthood in developing countries. In *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, Caroline H. Bledsoe and others, eds. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Magun, V.S. (1998). *Revolution of Aspirations and Changing of Youth Life Strategies*. Moscow: Institute of Sociology of the Russian Academy of Sciences.

- McCauley, Ann P., and Cynthia Salter (1995). Meeting the needs of young adults. *Population Reports*, Series J, No. 41. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program.
- McDonald, P. (1994). Marriage, family formation, living arrangements and household composition in low fertility countries. In *Low Fertility in East and Southeast Asia: Issues and Policies*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs, pp. 61–89.
- McFarlane, Carmen P., Jay S. Friedman and Leo Morris (1994). *Contraceptive Prevalence Survey, Jamaica, 1993: Executive Summary, Main Findings of the Survey*. Atlanta, Georgia: United States Department of Health and Human Services.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce and Margaret E. Greene (1998). *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council.
- Morabia, Alfredo, and Michael C. Costanza (1998). International variability in ages at menarche, first live birth, and menopause. *American Journal of Epidemiology* (Baltimore, Maryland), vol. 148, No. 12 (December), pp. 1195–1205.
- Obasi, A., and others (1999). Antibody to herpes simplex virus type 2 as a marker of sexual risk behaviour in rural Tanzania. *Journal of Infectious Diseases*, vol. 179, No. 1, pp. 16–24.
- Popov, Andrej A., Adriaan Ph. Visser and Evert Ketting (1993). Contraceptive knowledge, attitudes and practices in Russia during the 1980s. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 24, No. 4 (July/August), pp. 227–240.
- Population Reference Bureau (2001). *The World's Youth 2000*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Quilodrán, Julieta (1999). Quand l'union libre n'est pas un phénomène nouveau. *Cahiers Québécois de Démographie* (Montreal), vol. 28, No. 1–2 (spring/fall), pp. 53–80.
- Rebey, Bryant, John Ross and Indu Bhushan (1996). Meeting unmet need: new strategies. *Population Reports*, Series J, No. 43, Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University.
- Ross, John A. (2001). Contraceptive and reproductive health commodity needs to the year 2015: developing world. Paper presented at the

Technical Consultation Meeting on Ensuring Essential Health Commodity Security through South-South Collaboration, Kerala, India, 12–15 June.

- Royston, Erica, and Sue Armstrong, eds. (1989). *Preventing Maternal Deaths*. Geneva: World Health Organization.
- Rutenber, N., and J.M. Sullivan (1991). Direct and indirect estimates of maternal mortality from the sisterhood method. In *Proceedings of Demographic and Health Surveys World Conference, Washington, D.C., 5–7 August 1991*, vol. III. Columbia, Maryland: International Research Development Macro International, Inc.
- Singh, Susheela, and Deirdre Wulf (1994). Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 20, No. 1.
- Singh, Susheela, and Renee Samara (1996). Early marriage among women in developing countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 22, No. 4 (December), pp. 148–157.
- Singh, Susheela, and others (1997). Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 23, No. 3 (September), pp. 108–115.
- Singh, Susheela, and others (2000). Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 26, No. 1 (December), pp. 21–28.
- Thiriart, Marie-Paul (1999). Les unions libres en Afrique subsaharienne. *Cahiers Québécois de Démographie* (Montreal), vol. 28, No. 1–2 (spring/fall), pp. 81–115.
- Thomas, Frédéric, and others (2001). International variability of ages at menarche and menopause: patterns and main determinants. *Human Biology* (Detroit, Michigan), vol. 73, No. 2 (April), pp. 271–290.

- United Nations (1975). *Report of the United Nations World Population Conference, 1974, Bucharest. 19–30 August 1974*, Sales No. E.75.XIII.3.
- United Nations — Организация Объединенных Наций (1984). Доклад Международной конференции по народонаселению, 1984, Мехико, 6–4 августа 1984 года. В продаже под № R.84.XIII.8 and corrigenda.
- United Nations (1988). *Adolescent Reproductive Behaviour*, vol. I, *Evidence from Developed Countries*. Population Studies, No. 109. Sales No. E.88.XIII.8.
- United Nations (1989). *Adolescent Reproductive Behaviour*, vol. II, *Evidence from Developing Countries*. Population Studies, No. 109/Add. 1. Sales No. E.89.XIII.10.
- United Nations (1990). *Patterns of First Marriage: Timing and Prevalence*. Sales No. R.91.XIII.6.
- United Nations — Организация Объединенных Наций (1995a). Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года. В продаже под № R.95.XIII.18.
- United Nations (1995b). *Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys*. Sales No. E.95.XIII.23.
- United Nations — Организация Объединенных Наций (1996). Доклад четвертой Всемирной конференции по положению женщин, Пекин, 4–15 сентября 1995 года. В продаже под № R.96.IV.13..
- United Nations (1998). *World Population Monitoring, 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*. Sales No. E.97.XIII.5.
- United Nations — Организация Объединенных Наций (1999a). Обзор и оценка прогресса в достижении целей и задач Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию: доклад за 1999 год. В продаже под № R.99.XIII.16.
- United Nations — Организация Объединенных Наций (1999b). Международный форум по проведению оперативного обзора и

оценки осуществления программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию: записка Генерального секретаря о препровождении доклада Форума. E/CN.9/1999/PC/3.

United Nations (2000a). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*. Sales No. E.01.XIII.4.

United Nations (2000b). *World population monitoring, 2000: population, gender and development*. ESA/P/WP.159.

United Nations (2000c). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Social Statistics and Indicators, No. 16. Sales No. E.00.XVII.14.

United Nations (2001a). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*. Sales No. E.01.XIII.8.

United Nations (2001b). *Abortion Policies: A Global Review*, vol. I, *Afghanistan to France*. Sales No. E.01.XIII.10.

United Nations (2001c). *Abortion Policies: A Global Review*, vol. II, *Gabon to Norway*. Sales No. E.01.XIII.18.

United Nations (2002). *World population monitoring 2002: reproductive rights and reproductive health*. ESA/P/WP.171.

United Nations (forthcoming). *Abortion Policies: A Global Review*, vol. III, *Oman to Zimbabwe*.

UNAIDS — ЮНЭЙДС (1988). Подход системы общественного здравоохранения к борьбе с БППП. Обновленная техническая информация ЮНЭЙДС. Женева, май.

UNAIDS — ЮНЭЙДС (2000). Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, июнь 2000 года, Женева.

UNAIDS — ЮНЭЙДС (2001). *Развитие эпидемии СПИДа: состояние на декабрь 2001 года*. Женева.

United Nations Children's Fund — Детский фонд Организации Объединенных Наций (1999). *Женщины в переходный период*. Проект MONEE, Центральная и Восточная Европа, Содружество Независимых Государств и государства Балтии. Региональный мониторинговый доклад № 6. Флоренция, Италия: Международный центр развития ребенка ЮНИСЕФ.

- United Nations Children's Fund — Детский фонд Организации Объединенных Наций (2000). *Положение детей в мире, 2000 год*. Нью-Йорк. В продаже под № R.00.XX.1.
- United Nations Children's Fund — Детский фонд Организации Объединенных Наций (2001). *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest No. 7. Florence, Italy: UNICEF and Innocenti Research Centre.
- United Nations Population Fund (2001). *Population Issues: Briefing Kit 2001*. New York.
- Valleroy, L.A., and others (2000). HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, No. 2 (12 July), pp. 198–204.
- Van de Kaa, D.J. (1999). Europe and its population: the long view. In *European Populations: Unity in Diversity*, European Studies in Population, vol. 6: European Population Conference, vol. 1; D. Van de Kaa, and others, eds. Dordrech, Netherlands: Kluwer Academic Publishers, pp. 1–49.
- Webb, Douglas (2000). Attitudes to “Капонья Мифумо”: the terminators of pregnancy in urban Zambia. *Health Policy and Planning* (Oxford), vol. 15, No. 2.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole (1995). *Unmet Need: 1990–1994*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- World Bank (1993). *World Development Report, 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization (1986). *Young people's health: A Challenge for Society*. Report of a WHO Study Group on Young People and “Health for All by the Year 2000”/ WHO Technical Report Series, No. 731. Geneva.
- World Health Organization (1987). *Studying Maternal Mortality in Developing Countries: A Guidebook*. WHO/FHE/87.7.
- World Health Organization (1991). Infertility: A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility WHO/MCM/91.9.

- World Health Organization (1992a). *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*. Report of a Technical Working Group, Geneva (April). WHO/MSM/92.5.
- World Health Organization — Всемирная организация здравоохранения (1992b). *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: десятая редакция*. Женева.
- World Health Organization (1998). *Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data*, 3rd ed., Geneva (July). WHO/RHT/MSM/97.16.
- World Health Organization (1999). *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva.
- World Health Organization (2000a). *Female Genitalia Mutilation*. WHO Fact Sheet, No. 241.
- World Health Organization (2000b). *Emergency Contraception*. WHO Fact Sheet, No. 244.
- World Health Organization (2001a). Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies. Geneva. WHO/RHR/01.08.
- World Health Organization (2001b). *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*. Geneva.
- World Health Organization/Joint United Nations Programme on Human Immunodeficiency Virus/Acquired-Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) (UNAIDS) (1997). *Sexually Transmitted Diseases: Policies and Principles for Prevention and Care*. Geneva.
- Wyshak, G., and R. Frisch (1982). Evidence for a secular trend in age at menarche. *The New England Journal of Medicine* (Boston), vol. 306, No. 17 (April), pp. 1033–1035.
- Xenos, Peter, and others (2001). The timing of union formation and sexual onset: Asian evidence from Young Adult Reproductive Health Surveys. East-West Center Working Paper, No. 108–4 (September), Population Series. Honolulu: Hawaii.
- Zabin, Laurie, and Karungari Kiragu (1998). The health consequences of adolescent sexuality and fertility behaviour in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 29, No. 2 (June), pp. 210–232.