

НАРОДОНАСЕЛЕНИЕ МИРА



1997 ГОД

ПРАВО
ВЫБОРА:

*репродуктивные
права и
репродуктивное
здоровье*



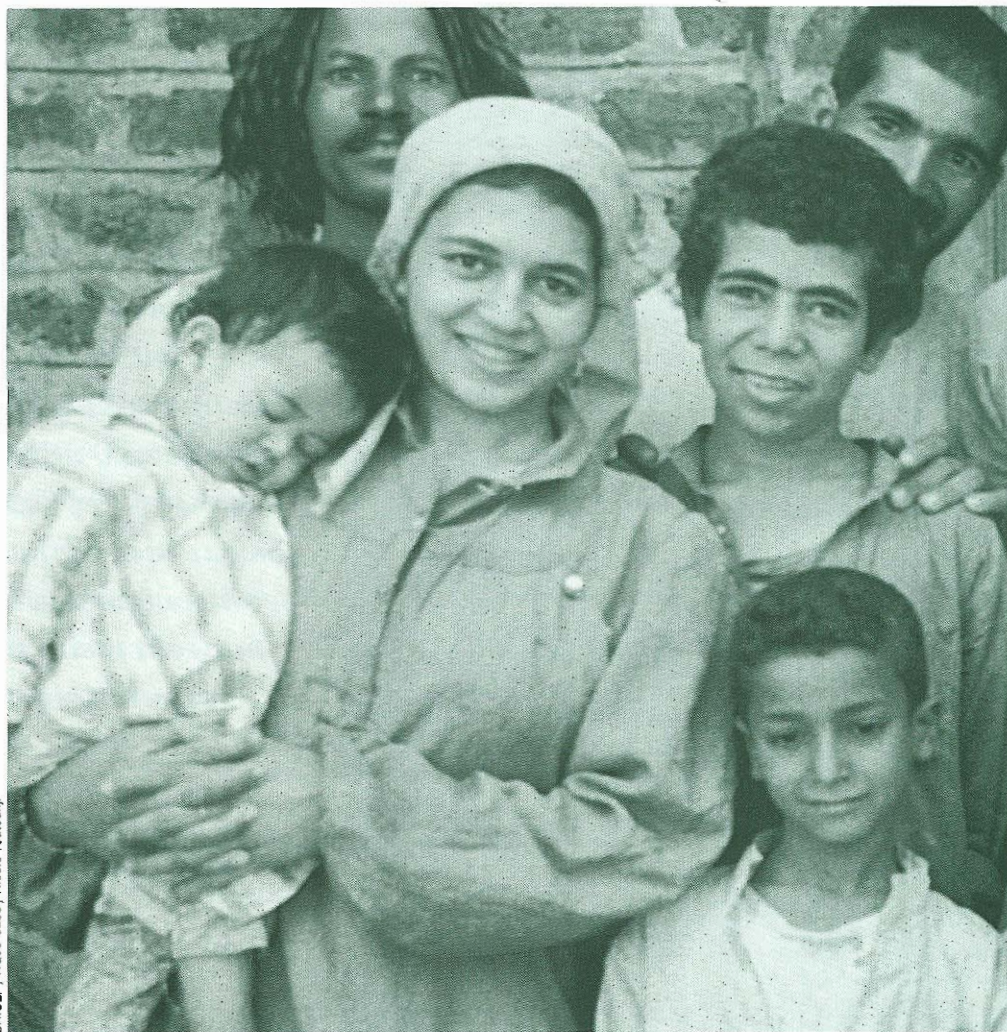
UNFPA

Фонд ООН в области
народонаселения

д-р Нафис Садык
Директор-исполнитель

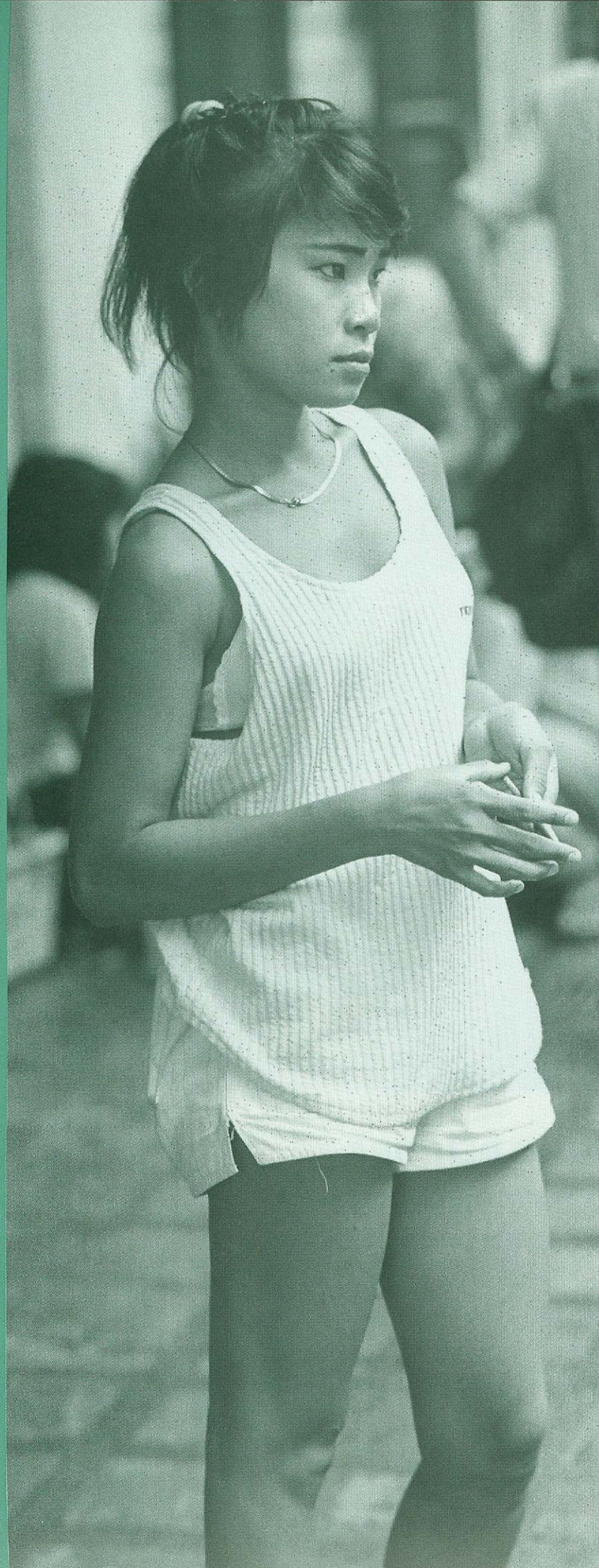
.....

НАРОДОНАСЕЛЕНИЕ МИРА 1997 год



ПРАВО ВЫБОРА: *репродуктивные права и репродуктивное здоровье*

Фонд организации объединенных наций
в области народонаселения
Д-р Нафис Садык, Директор-исполнитель



«Равноправие мужчин и женщин в вопросах, касающихся половых отношений и воспроизводства, включая полное уважение физической неприкосновенности человека, потребует взаимного уважения и желания взять на себя ответственность за последствия половых отношений . . .»

— Международная конференция по народонаселению и развитию, 1995 год



Нищета и растущие потребности каждый год вовлекают миллионы девушек в индустрию секса. На снимке: уличная сцена в Таиланде.

СОДЕРЖАНИЕ

**Народно-
население
мира,
1997 год**

**ПРАВО
ВЫБОРА:
репродуктив-
ные права и
репродуктив-
ное здоровье**

ВВЕДЕНИЕ	
Права, возможности и развитие	1
ГЛАВА 1	
Репродуктивное здоровье и репродуктивные права	7
Правовые рамки	8
Компоненты репродуктивных и сексуальных прав	13
Реформы законов и изменение политики	15
Важное значение прав	16
ГЛАВА 2	
Права на сексуальное и репродуктивное здоровье	19
Бедные женщины, плохое здоровье	20
Недоедание/анемия	20
Осложнения в период беременности	21
Болезни, передаваемые половым путем	22
Аборт	25
Клиторотомия	26
Службы охраны репродуктивного здоровья	29
Забота на протяжении всей жизни	29
Комплексные программы здравоохранения: всестороннее удовлетворение потребностей человека	30
Охрана здоровья в дородовой период, родовспоможение	32
Качество медицинского обслуживания	32
Выбор методов планирования семьи	36
Неудовлетворенные потребности в области охраны репродуктивного здоровья	37
Преодоление препятствий	38
ГЛАВА 3	
Половое и репродуктивное самоопределение	39
Половое поведение в подростковом возрасте	40
Принцип добровольности и брак	43
Беременность и деторождение: намерения и реальность	45
Принцип непринуждения	46
Насилие в отношении женщин	48
ГЛАВА 4	
Репродуктивные права и устойчивое развитие	53
Равенство мужчин и женщин	54
Содействие развитию образования	56
Наступление на нищету	57
ГЛАВА 5	
Задачи и потребности	59
Права, наделяющие новыми возможностями	60
Цель—укрепление сексуального и репродуктивного здоровья ..	62
СПЕЦИАЛЬНЫЙ ДОКЛАД	
Осуществление программы действий МКНР	65

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1

ГЛАВА 2

ГЛАВА 3

ГЛАВА 4

ГЛАВА 5

СПЕЦ. ДОК

ВСТАВКИ

Введение

1. Доступ к услугам в области репродуктивного здоровья расширяется, а показатели рождаемости и роста населения снижаются 4
2. Интеграция репродуктивных прав в процесс наблюдения за соблюдением положений договоров 5
3. МКНР о репродуктивном здоровье и репродуктивных правах 6

Глава I

4. Всеобщая декларация прав человека 8
5. Международный пакт о гражданских и политических правах 8
6. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 10
7. «Женщины имеют право принимать решения» 10
8. Хартия МФПРС о сексуальных и репродуктивных правах 12
9. Сексуальность и взаимоотношения мужчин и женщин 14
10. Право на планирование семьи 15
11. Конституция Южной Африки 16
12. Систематическое половое насилие в отношении руандийских женщин 16

Глава II

13. СПИД: право на защиту 23
14. Распространение ВИЧ/СПИДа в бывшем Советском Союзе 24
15. Аборты и международное сообщество 26
16. «Отказываться от вредной практики, а не от культурного наследия» 27
17. Последствия клиторотомии для здоровья женщин 28
18. Кампания по ликвидации обрезания у женщин с учетом культурных особенностей 28
19. Компоненты охраны репродуктивного здоровья 29
20. Всеобъемлющие услуги для палестинских женщин 30
21. Когда Япония отменит запрет на противозачаточные таблетки? 34
22. Удовлетворение потребностей в планировании семьи в Раджастане, Индия 36
23. Ограничение стерилизации в Бразилии 38

Глава III

24. Права подростков на услуги в области репродуктивного здоровья 40
25. Для чилийской молодежи создан форум, на котором она обсуждает вопросы сексуальных отношений 43
26. Программа действий МКНР о стимулах 47
27. В настоящее время услуги по охране репродуктивного здоровья гарантируются во всех чрезвычайных ситуациях 48

Глава IV

28. Индия принимает цели МКНР, однако неравенство мужчин и женщин имеет глубокие корни 55

Специальный раздел

29. НПО наблюдают за прогрессом в осуществлении деятельности после МКНР 66
30. Подготовка молодежи и консультации ровесников по вопросам репродуктивного здоровья 68
31. НПО содействуют осуществлению работы по итогам МКНР 69

ТАБЛИЦЫ И ГРАФИКИ

- Рисунок 1. Показатели материнской смертности, 1990 год 20
- Рисунок 2. Причины материнской смертности, 1991 год 21
- Рисунок 3. Количество новых случаев поддающихся лечению заболеваний, передаваемых половым путем, среди взрослых, 1995 год 22
- Рисунок 4. Количество смертей в результате неквалифицированных абортов 25
- Рисунок 5. Услуги по охране здоровья в дородовой период и роды в медицинских учреждениях 31
- Рисунок 6. Доступ к противозачаточным средствам, 1994 год 33
- Рисунок 7. Доля женщин, родивших детей в возрасте моложе 20 лет и старше 35 лет, 1990-1995 годы 45

ТАБЛИЦЫ

- Контроль за выполнением целей МКНР: отдельные показатели 79
- Демографические, социальные и экономические показатели 82
- Отдельные показатели по наименее населенным странам/территориям 85
- Технические примечания 86

ВВЕДЕНИЕ: Права, возможности и развитие



UNICEF/HQ96-0324/Bhutan/Charlton

«Мы должны смело высказывать свои мнения по вопросам, которые нас волнуют: мы не должны сгибаться под тяжестью ложных аргументов, содержащих ссылки на культурные или традиционные ценности. Никакие подлинные ценности не могут быть основой для угнетения и закабаления женщин. Роль культуры и традиции заключается в том, чтобы создавать основу для благосостояния человека. Если же они используются против нас, то мы отвергнем их и пойдем дальше. Мы не позволим, чтобы нас заставили замолчать».

—Д-р Нафис Садик, Пекин, сентябрь 1995 года

Как мужчины, так и женщины имеют право на репродуктивное и сексуальное здоровье. Сегодня люди во всем мире не могут осуществить свои сексуальные и репродуктивные права из-за недостатков и несовершенства системы охраны репродуктивного здоровья, а также вследствие прочно укоренившегося неравенства женщин, социальных стрессов и семейных трудностей. Поскольку огромные массы людей лишены прав человека, ежегодно миллионы людей погибают, но еще больше людей оказываются травмированными на всю жизнь или зараженными. Большинство из этих людей — женщины, и большинство из них живет в развивающихся странах.

Репродуктивные права предусматривают добровольный выбор в вопросах брака, половых отношений и деторождения.

На Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в 1994 году 180 государств признали, что всеобщий доступ к информации и услугам в области охраны репродуктивного здоровья должен быть целью, которую необходимо достичь к 2015 году. В третьем докладе ЮНФПА «Народонаселение мира», который представляется после проведения МКНР, излагаются данные о прогрессе и проблемах в области обеспечения и защиты сексуальных и репродуктивных прав.

Что такое сексуальные и репродуктивные права?

За последние тридцать лет международное толкование сексуальных и репродуктивных прав стало гораздо более широким. Основными компонентами являются права на:

- *репродуктивное и сексуальное здоровье* как один из составляющих элементов общего здоровья на протяжении всей жизни;
- *принятие решений по семейным вопросам*, включая добровольное решение вопроса о браке и образовании семьи, определение числа, времени и интервалов между рождениями детей, а также право иметь доступ к информации и средствам, которые необходимы для такого свободного выбора;
- *равенство мужчин и женщин*, позволяющее людям принимать добровольные и продуманные решения во всех сферах жизни, не подвергаясь дискриминации по признаку пола;
- *сексуальную и репродуктивную безопасность*, включая свободу от сексуального насилия и принуждения, а также право на защиту от вмешательства в личную жизнь.

Эти права связаны с другими социальными, экономическими и культурными правами через сложную систему международных, национальных и местных договоренностей, касающихся взаимных обязательств людей, семей, общества и государства.

Последствия лишения человека его сексуальных и репродуктивных прав

Приводимые ниже статистические данные являются оценочными. Все они взяты из надежных источников, однако эти данные неполные, что уже само по себе свидетельствует о том, что в прошлом сексуальному и репродуктивному здоровью уделялось мало внимания.

- 585 000 женщин — одна женщина ежеминутно — умирают каждый год по причинам, связанным с беременностью. Почти все эти женщины умирают в развивающихся странах. Гораздо большее число женщин страдает от временных или постоянных расстройств, вызванных родами. Большинство этих людей можно спасти, и многие страдания можно облегчить с помощью относительно недорогих методов охраны репродуктивного здоровья, таких, как более регулярное наблюдение и лечение в течение беременности, а также с помощью систем экстренных женских консультаций и транспортировки и благодаря уходу за женщиной после родов. (См. стр. 21)
- Около 200 000 женщин умирает ежегодно в результате отсутствия или недостаточной эффективности противозачаточных средств. (См. стр. 38)
- 120-150 миллионов женщин, которые хотят ограничить число детей в своей семье или определить интервалы между их рождениями, все еще лишены средств эффективного достижения этих целей. В общей сложности 350 миллионов супружеских пар не имеют информации о противозачаточных средствах и лишены доступа к ним. (См. стр. 37)
- По крайней мере 75 миллионов беременностей в год (из общего числа, составляющего примерно 175 миллионов беременностей) являются нежелательными; их результатом являются 45 миллионов аборт и более 30 миллионов живорождений. (См. стр. 39)
- 70 000 женщин умирают ежегодно в результате неквалифицированных абортов, и никто не знает, сколько женщин получает инфекции и другие осложнения. Многие из примерно 20 миллионов неквалифицированных абортов можно было бы избежать, если бы люди имели свободный доступ к безопасным и эффективным противозачаточным средствам. (См. стр. 25)
- Один миллион человек умирает ежегодно в результате инфекций половых путей, включая болезни, передаваемые половым путем, помимо ВИЧ/СПИДа. Для женщин в возрасте 15-44 лет в развивающихся странах второй самой распространенной группой болезней (после материнской смертности и заболеваемости) являются болезни, передаваемые половым путем, и на них приходится почти 15 процентов

всех болезней в этой возрастной категории. Согласно оценкам, каждый год появляется 333 миллиона новых случаев заболевания болезнями, передаваемыми половым путем. (См. стр. 22)

■ Во многих странах шесть женщин из десяти страдают от той или иной болезни, передаваемой половым путем. Примерно половина всех зараженных женщин не ощущает никаких симптомов; еще больше женщин не понимают такие симптомы, однако всем им грозит повышенная опасность бесплодия, рака шейки матки и других серьезных заболеваний. Кроме того, болезни, передаваемые половым путем, увеличивают подверженность заболеванию ВИЧ/СПИДом и у тех, кто использует внутриматочные противозачаточные средства, могут вызвать пельвиоперитонит и другие расстройства половых путей. Клиторотомия увеличивает подверженность болезням, передаваемым половым путем. (См. стр. 23)

■ В 1996 году 3,1 млн. человек были заражены вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который ведет к СПИДу, то есть в среднем каждую минуту заражались шесть человек. Примерно 50-60 процентов всех новых случаев заболеваний болезнями, передаваемыми половым путем, включая инфекции ВИЧ, приходится на молодых людей в возрасте до двадцати лет. (См. стр. 23)

■ 120 млн. женщин подверглись клиторотомии; каждый год два миллиона женщин могут подвергнуться этой операции. Какие бы формы ни принимала эта операция, она всегда представляет собой радикальное, болезненное, иногда угрожающее жизни и в любом случае совершенно ненужное хирургическое вмешательство, которое обычно производится в таких условиях, что при этом часто передается инфекция. Последствия для репродуктивного здоровья—самые серьезные, причем они сказываются на протяжении всей жизни. Международное сообщество и отдельные правительства осудили эту практику, однако она по-прежнему широко распространена примерно в 28 странах. (См. стр. 27)

■ Изнасилований и других форм сексуального насилия становится все больше, хотя о многих случаях изнасилования не сообщают из-за того, что они несут с собой клеймо позора и травмируют психику, а также вследствие того, что правоохранительные органы не проявляют должного сочувствия к жертвам. Имеются разные оценки того, какой процент изнасилований регистрируется: менее трех процентов в Южной Африке и около 16 процентов в Соединенных Штатах. (См. стр. 50)

■ По крайней мере 60 млн. девочек не рождаются в разных странах вследствие абортов, продиктованных желанием родителей иметь только мальчиков, или отсутствия надлежащего ухода за ними. (См. стр. 46)

■ Два млн. девочек в возрасте от 5 до 15 лет ежегодно вовлекаются в индустрию секса. (См. стр. 51)

■ Исследования, посвященные насилию в семье, говорят о том, что это явление распространено в большинстве стран; оно часто становится причиной самоубийств среди женщин, а также убийств. (См. стр. 48-49)

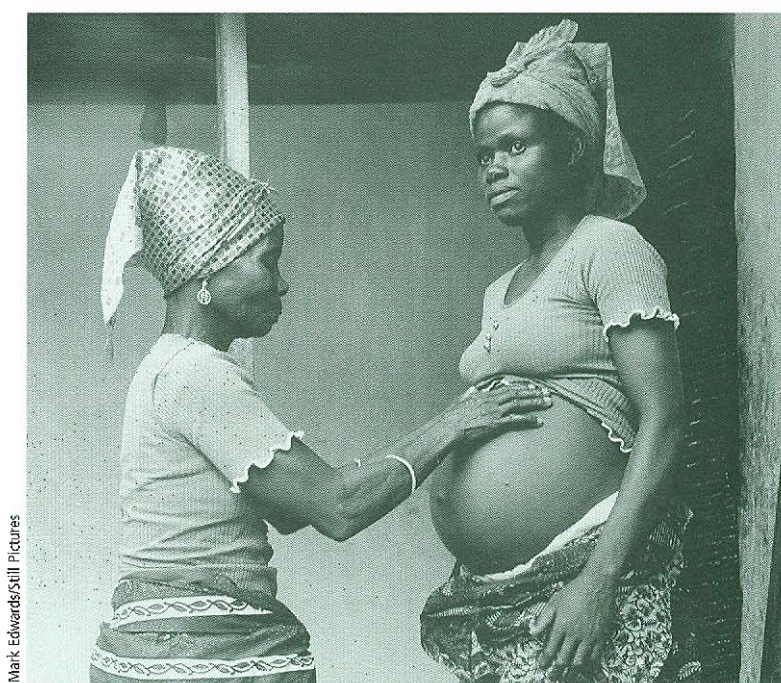
■ Почти 600 млн. женщин неграмотны, тогда как среди мужчин неграмотных 320 млн. человек. (См. стр. 56)

■ 25 млн. человек являются беженцами, причем непропорционально большую долю из них составляют женщины; охрана репродуктивного здоровья только сейчас становится нормативным элементом усилий по охране здоровья беженцев. (См. стр. 51) Женщины, проживающие в лагерях беженцев, могли бы получить противозачаточные средства, если бы на эти цели были направлены средства из расчета примерно 1-5 долл. США на одну женщину. Надлежащее принятие родов в лагерях беженцев можно было бы гарантировать, ассигновав на эти цели средства из расчета 5-10 долл. США.

■ Общие мировые расходы на улучшение охраны репродуктивного здоровья в настоящее время приближаются к сумме в 17 млрд. долл. США в год (см. стр. 71), то есть это такая сумма, которую весь мир тратит на вооружения в течение менее одной недели.

В настоящем докладе представлена информация о сексуальных и репродуктивных правах, с тем чтобы создать людям, особенно женщинам, соответствующие возможности и обеспечить равенство полов. Люди, находящиеся у власти, те, кто занимает государственные должности, и средства массовой информации должны сделать все возможное, чтобы упрочить эти права. Злоупотребления необходимо раскрывать и решительно осуждать.

Общие мировые расходы на улучшение охраны репродуктивного здоровья в настоящее время приближаются к сумме в 17 млрд. долл. США в год, то есть это такая сумма, которую весь мир тратит на вооружения в течение менее одной недели.



Mark Edwards/Sull Pictures

Народная акушерка в Гане. Улучшив охрану здоровья в течение беременности и родов, можно было бы намного уменьшить материнскую смертность. В настоящее время ежегодно умирают 585 000 матерей.

Доступ к услугам в области репродуктивного здоровья расширяется, а показатели рождаемости и роста населения снижаются

В большинстве стран показатели рождаемости уменьшаются, однако население мира по-прежнему ежегодно увеличивается на 81 млн. человек. В периоды 1980-1985 и 1990-1995 годов сократилась рождаемость в ряде стран Южной и Центральной Азии и странах Африки, расположенных к югу от Сахары, в Бангладеш—с 6,2 ребенка на одну женщину до 3,4; в Индии с 4,5 до 3,4; в Пакистане с 6,5 до 5,5; в Турции с 4,1 до 2,7; в Мьянме с 4,9 до 3,6; в Сирии с 7,4 до 4,7; в Кении с 7,5 до 5,4; и в Кот-д'Ивуаре с 7,4 до 5,7. По подсчетам, показатель рождаемости во всех странах Африки в период 1990-1995 годов составлял 5,7.

Отчасти это сокращение рождаемости можно объяснить успешным удовлетворением потребностей в области репродуктивного здоровья, включая планирование семьи. Однако в ряде стран показатели рождаемости остаются высокими, что свидетельствует о том, что потребности в этой области в значительной мере не удовлетворяются. Можно ожидать, что желание ограничить рождаемость увеличится, а вместе с этим возрастет спрос на информацию, поддержку и доступ к качественным услугам в области планирования семьи. Немало предстоит сделать для удовлетворения потребностей в области репродуктивного здоровья женщин, желающих ограничить число детей или должным образом регулировать интервалы между рождением детей, но не имеющих возможности пользоваться соответствующими услугами.

Другой причиной уменьшения предполагаемых темпов роста населения в наименее развитых регионах является более высокий, чем это предполагалось, уровень смертности в таких пострадавших от войн странах, как Руанда, Либерия, Бурунди и Ирак, а также в странах, в которых широко распространен СПИД. Результатом отсутствия права на защиту стало повышение показателя смертности в странах, в которых широкое распространение получила пандемия ВИЧ/СПИД.

По состоянию на середину 1997 года численность населения мира составляет 5,85 млрд. человек. В период 1990-1995 годов население мира ежегодно увеличивалось на 81 млн. человек, в то время как в годы максимального роста населения в период 1985-1990 годов оно увеличилось на 87 млн. человек в год. В наименее развитых странах, где проживает 80 процентов населения мира, ежегодный средний показатель роста населения составляет 1,8 процента, а в других странах мира этот показатель составляет 0,4 процента.

Показатель глобального ежегодного роста населения, составляющий 1,48 процента в период 1990-1995 годов, значительно ниже прогнозировавшегося в 1994 году Организацией Объединенных Наций показателя, составлявшего 1,57 процента. Это свидетельствует о том, что рождаемость сокращалась более быстрыми темпами, чем это предполагалось, и в настоящее время средний показатель рождаемости составляет 2,96 детей на одну женщину. Однако даже в тех странах, где рождаемость сокращается, рост населения будет продолжаться, поскольку большое число людей, родившихся в предыдущие десятилетия, достигают детородного возраста.

В долгосрочном плане предполагается, что темпы прироста населения уменьшатся и численность населения мира составит в 2050 году 7,7-11,1 млрд. человек, при этом наиболее реальным представляется прогноз, предполагающий, что численность населения составит 9,4 млрд. человек, то есть почти на миллиард меньше, чем это предполагалось в прогнозах 1994 года. Какой же на самом деле будет численность населения в 2000 году, будет в значительной мере зависеть от прилагаемых странами мира усилий и их взаимодействия в течение нескольких следующих лет.

Источник: United Nations. (Forthcoming.) *World Population Prospects: The 1996 Revision*. New York: Population Division, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.

Права человека, глобальные потребности

Обеспечение осуществления сексуальных и репродуктивных прав является одной из целей. Кроме того, обеспечение этих прав окажет свое влияние на социально-экономическую жизнь общества, а также на будущее отдельных стран и всего мира.

В данном случае глобальные и национальные потребности совпадают с личными правами и интересами. Если бы у женщин в развивающихся странах был выбор, то большинство из них предпочло бы иметь меньше детей, чем было у их родителей. Стремление предоставить женщинам и их партнерам право выбора стимулировало тенденцию к уменьшению размеров семьи и позволило странам достичь сбалансированности между численностью своего населения и объемом своих ресурсов; улучшение перспектив развития в свою очередь обеспечит сексуальное и репродуктивное здоровье и права в этой сфере для большего числа людей.

Самая реалистичная политика в области народонаселения и развития заключается в создании условий, в которых люди могут свободно принимать решения и делать выбор в вопросах деторождения. Это предполагает, что одним из приоритетов будет направление средств на базовые социальные услуги, такие, как образование и здравоохранение. Прежде всего это означает направление средств в интересах женщин и устранение неравенства между мужчинами и женщинами, с тем чтобы женщины могли делать выбор на равноправной основе с мужчинами.

Это было основой договоренности, достигнутой на Международной конференции по народонаселению и развитию, и является частью Программы действий,¹ принятой 180 государствами, которые участвовали в Каирской конференции. Это является одной из ключевых частей программы социального развития, которая обсуждалась на ряде всемирных конференций в 90-х годах. В настоящее время правительства, неправительственные организации и общины принимают меры для того, чтобы воплотить это взаимопонимание в практическую реальность.

Резюме

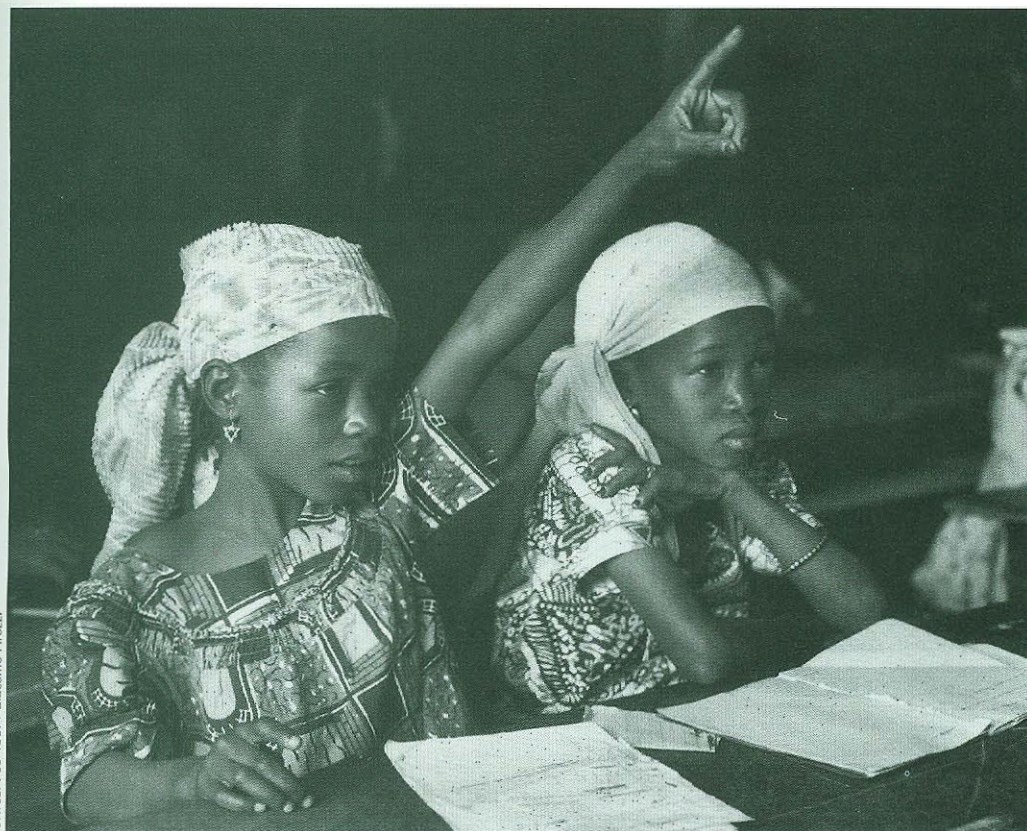
В первой главе настоящего доклада излагаются правовые рамки репродуктивных прав, освещаются конкретные права на сексуальное и репродуктивное здоровье и излагаются аргументы в пользу правовых реформ и изменений политики, которые содействовали бы обеспечению осуществления репродуктивных прав.

В главе 2 рассматриваются последствия плохого состояния репродуктивного и сексуального здоровья, а также анализируется ряд основных причин и некоторые решения, в том числе меры по созданию служб охраны репродуктивного здоровья.

В главе 3 рассматриваются потребности подростков, связанные с обеспечением их сексуального и репродуктивного здоровья, права людей, состоящих в браке, право на деторождение, насилие в отношении женщин—дома, на улице, во время

Самая реалистичная и эффективная политика в области народонаселения и развития заключается в создании условий, в которых люди могут свободно принимать решения и делать выбор в вопросах деторождения.

UNICEF / 93-1967/ Giacomo Pirozzi



Начальная школа в Нигере. Повышение уровня образования и охраны здоровья девочек и женщин играет ключевую роль для обеспечения возможностей выбора в вопросах деторождения, равенства мужчин и женщин и устойчивого развития.

ВСТАВКА

2

Интеграция репродуктивных прав в процесс наблюдения за соблюдением положений договоров

Для того, чтобы правительства несли юридическую ответственность за несоблюдение или нарушение репродуктивных прав, необходимо в полной мере интегрировать достигнутые на международных конференциях в Вене, Каире и Пекине договоренности в процесс наблюдения за соблюдением договоров в области прав человека (см. Главу 1). Такова одна из целей состоявшегося в декабре 1996 года совещания, посвященного репродуктивному и сексуальному здоровью и правам, в котором участвовали представители шести договорных органов, организаций системы Организации Объединенных Наций и НПО. На встрече этой группы такая тема обсуждалась впервые.

Совместно с Управлением Верховного комиссара ООН по правам человека/Центром по правам человека и Отделом ООН по улучшению положения женщин ЮНФПА провел в Глен-Кове, Нью-Йорк, совещание "за круглым столом", посвященное подходам договорных органов в области прав человека к проблемам здоровья женщин.

Участники совещания рассмотрели вопрос о толковании договоров в области прав человека и потребностях в новых процедурах и показателях в целях содействия осуществлению репродуктивных прав и прав, связанных с сексуальным здоровьем, и контролю за их осуществлением.

В одной из рекомендаций совещания предлагается обратиться с призывом к договорным органам, учреждениям ООН и НПО осуществлять сотрудничество, с тем чтобы включить вопросы, связанные с правами человека, учитывающие гендерные особенности, в их соответствующие программы. Договорным органам настоятельно предлагалось включить репродуктивные и сексуальные права в их руководящие принципы рассмотрения докладов государств и использовать принятые в Вене, Каире и Пекине решения, где это возможно, при подготовке руководящих принципов, общих замечаний, рекомендаций и ответов на доклады. Председателям договорных органов предлагалось рассмотреть в качестве темы их ежегодных совещаний вопрос о репродуктивных правах.

Учреждениям системы Организации Объединенных Наций рекомендовалось проводить подготовку персонала по аспектам их политики и программ, связанным с правами человека, а также оказывать поддержку в проведении аналогичной подготовки НПО и государственных служащих; представлять информацию для оказания помощи договорным органам в наблюдении за прогрессом в осуществлении прав; сотрудничать с государствами в деле практической реализации замечаний договорных органов по их докладам; и оказывать помощь договорным органам в разработке минимальных обязанностей государств в соответствии с договорами в отношении расширения прав женщин и репродуктивных и сексуальных прав.

НПО настоятельно предлагалось оказывать поддержку в процессе представления докладов на основе определения эффективных показателей и источников информации, представления независимой информации и содействия в координации деятельности на местах, а также продолжать пропагандистскую работу в целях осуществления прав человека на всех уровнях.

войн и стихийных бедствий—и торговля девочками и женщинами.

В главе 4 освещаются вопросы устойчивого развития, которое зависит, в частности, от улучшения условий жизни для всех людей, независимо от пола. Это предполагает наличие такой программы развития, которая непосредственно направлена на удовлетворение потребностей и чаяний конкретных мужчин, женщин и детей. Для того, чтобы люди могли покончить с нищетой и ускорить общее развитие, будет необходимо обеспечить признание и осуществление их основных прав.

ВСТАВКА
3

МКНР о репродуктивном здоровье и репродуктивных правах

Из Программы действий МКНР

Глава 2, принцип 8: «Каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Государствам следует принимать все соответствующие меры для обеспечения на основе равноправия мужчин и женщин всеобщего доступа к медицинскому обслуживанию, в том числе к услугам по охране репродуктивного здоровья, которое включает услуги, связанные с планированием семьи и сексуальным здоровьем. В рамках программ в области охраны репродуктивного здоровья должен обеспечиваться самый широкий спектр услуг без принуждения в любой форме. Все супружеские пары и отдельные лица имеют основное право свободно и ответственно решать вопрос о числе своих детей и продолжительности периода между их рождением и на получение необходимой для этого информации, образования и средств».

Пункт 7.2: «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, который не противоречит закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые бы позволили женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца».

В главе 5 указывается, что особенно необходимы меры в двух областях: во-первых, информационное обеспечение и создание служб, которые удовлетворяют весь спектр потребностей по обеспечению репродуктивного здоровья; во-вторых, обеспечение широких прав человека, которые служат основой для сексуальных и репродуктивных прав. В этих целях будет необходимо мобилизовать общественное мнение и обеспечить лидерство, предпринимать усилия для создания всей палитры высококачественной информации и услуг в области репродуктивного здоровья для всех женщин и мужчин, независимо от их личного положения, принимать меры по укреплению здоровья и повышению уровня образования всех людей, но прежде всего с целью ликвидации разрыва в области образования между мужчинами и женщинами, а также принимать меры по борьбе с нищетой.

Необходимо также следующее: правовая реформа на национальном и международном уровне; включение в национальные документы по правам человека таких определений репродуктивных прав, которые были приняты на МКНР и на четвертой Всемирной конференции по положению женщин в Пекине в 1995 году; более полные данные и более тщательное наблюдение за осуществлением сексуальных и репродуктивных прав, а также за обеспечением сексуального и репродуктивного здоровья; укрепление неправительственных организаций, добивающихся обеспечения репродуктивного здоровья и прав в этой области, в том числе международных организаций, которые занимаются правами человека и репродуктивными правами.

Для обеспечения сексуальных и репродуктивных прав, в том числе для достижения целей МКНР, ключевое значение имеет соблюдение обязательств, провозглашенных в Каире. Доклад завершается специальным разделом о прогрессе, достигнутом в деле осуществления решений МКНР.

Репродуктивное здоровье и права человека



Mark Edwards / Still Pictures

«Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин во всех вопросах, касающихся брака и семейных отношений и ... обеспечивают ... одинаковые права на свободный выбор супруга и на вступление в брак только со своего свободного и полного согласия; ... одинаковые права свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рожденьями и иметь доступ к информации, образованию, а также средствам, которые позволяют им осуществить это право ...»

—Статья 16 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин

Всеобщая декларация прав человека

Статьи Всеобщей декларации, которые можно использовать при обсуждении вопроса о репродуктивных правах:

СТАТЬЯ 1: «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах».

СТАТЬЯ 3: «Каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и личную неприкосновенность».

СТАТЬЯ 7: «Все люди равны перед законом и имеют право, без всякого различия, на равную защиту закона».

СТАТЬЯ 12: «Никто не может подвергаться произвольному вмешательству в его личную и семейную жизнь, произвольным посягательствам на неприкосновенность его жилища, тайну его корреспонденции или на его честь и репутацию».

СТАТЬЯ 16: «Мужчины и женщины, достигшие совершеннолетия, имеют право без всяких ограничений по признаку расы, национальности или религии, вступать в брак и основывать семью. Они пользуются одинаковыми правами в отношении вступления в брак, во время состояния в браке и во время его расторжения. Брак может быть заключен только при свободном и полном согласии обеих вступающих в брак сторон. Семья является естественной и основной ячейкой общества и имеет право на защиту со стороны общества и государства».

СТАТЬЯ 25: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания его здоровья и благосостояния его самого и его семьи ... Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой».

СТАТЬЯ 26: «Каждый человек имеет право на образование».

Международный пакт о гражданских и политических правах

Статьи Пакта о политических правах, касающиеся репродуктивного здоровья:

СТАТЬЯ 3: «Мужчины и женщины имеют одинаковые права пользования всеми гражданскими и политическими правами».

СТАТЬЯ 6: «Право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека».

СТАТЬЯ 7: «Никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство обращению или наказанию ...»

СТАТЬЯ 9: «Каждый человек имеет право на свободу и личную неприкосновенность».

СТАТЬЯ 18: «Каждый человек имеет право на свободу мысли, совести и религии».

СТАТЬЯ 19: «Каждый человек имеет право на свободное выражение своего мнения; это право включает свободу искать, получать и распространять всякого рода информацию и идеи независимо от государственных границ ...»

СТАТЬЯ 23: «Ни один брак не может быть заключен без свободного и полного согласия вступающих в брак».

Развитие—это практический вопрос, а концепция прав имеет весьма практическое применение. В результате признания права на репродуктивное здоровье был установлен международный стандарт, с помощью которого можно определить развитие событий в данной области. Это имеет важное значение в нынешних условиях, когда мир становится все более тесным и люди свободно пересекают местные и государственные границы, забирая с собой материальные и духовные ценности, культуры и традиции. Международные стандарты могут также способствовать признанию репродуктивных прав на национальном уровне. Культура и традиции—это ценные факторы, препятствующие внешнему доминированию, которые могут стать позитивными элементами объединения общества. Однако они используются также для того, чтобы заставить женщин играть второстепенную роль в жизни общества, подорвать ее здоровье и свести к минимуму ее вклад в развитие семьи, общины и страны.

В настоящей главе определяются правовые рамки репродуктивных прав и обсуждаются конкретные права, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем; в конце главы содержится раздел, посвященный правовым и политическим реформам, целью которых является содействие обеспечению репродуктивных прав.

Правовые рамки

Права на репродуктивное и сексуальное здоровье подпадают под сферу охвата международно признанных рамок в области прав человека. В их основе лежат уже давно определенные права, в частности права на жизнь и выживание, свободу и личную безопасность, равное обращение, образование, развитие и наивысший достижимый уровень здоровья. Организационные механизмы защиты прав человека Организации Объединенных Наций оказывают значительную поддержку в принятии мер правового, политического и социального характера, целью которых является расширение прав отдельных лиц, обеспечение охраны репродуктивного здоровья и решение проблем, связанных с народонаселением и развитием.

Страны, принадлежащие к различным культурам и находящиеся на разных стадиях развития, подтвердили, что права человека являются главным элементом социального и экономического развития и международного сотрудничества. Хотя обсуждение вопроса об индивидуальных правах в основном основывается на европейском подходе к общественной философии, права человека не являются типично «западной» концепцией. Обсуждение взаимоотношений между отдельными лицами и общественными или экономическими единицами—это часть каждодневных дискуссий практически во

всех культурах. Однако существуют существенные различия в толковании прав: некоторые делают главный упор на коллективные права, другие же основное внимание уделяют правам отдельных лиц.

В основе международного подхода к правам человека лежат принципы, признанные в Уставе Организации Объединенных Наций и Всеобщей декларации прав человека. Конкретные формулировки прав и свобод разрабатывались на протяжении нескольких десятилетий. Тот факт, что в настоящее время Организация Объединенных Наций уделяет основное внимание стратегии в области развития, главный упор в которой делается на человеческий фактор, объясняется недвусмысленным признанием основателями Организации равных прав и основных свобод мужчин и женщин, а также тем, что они придавали крайне важное значение защите достоинства личности.

Проводится различие между договорами в области прав человека, имеющими обязательную силу для всех признавших их государств (однако, как правило, до вступления в силу они должны быть ратифицированы минимальным количеством государств), и принятыми на основе консенсуса решениями международных конференций и других форумов. Они не имеют обязательной силы, но являются выражением воли стран мира. Так, например, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин является обязательным для исполнения договором, который ратифицировали или к которому присоединились 154 государства, в то время как Программа действий МКНР—это документ, принятый на основе международного консенсуса. Однако такой консенсус был подкреплен аналогичными консенсусами, достигнутыми на проведенных в 1995 году международных форумах, включая Всемирную встречу на высшем уровне в интересах социального развития и четвертую Всемирную конференцию по положению женщин.

В соответствии с международными договорами в области прав человека государства обязаны воздерживаться от вмешательства в индивидуальные свободы и должны принимать активные меры, направленные на поощрение осуществления прав.¹ Нарушения прав могут быть результатом любого непосредственного действия государства или же отказа государств от поощрения, защиты и охраны прав; что касается последнего случая, то необходимо разработать четкие стандарты для определения минимальных обязательств государств. Другая категория нарушений предусматривает дискриминационную практику, не обеспечивающую равную защиту всех граждан.

Документы в области прав человека

В преамбуле к Уставу ООН (1945 год) утверждается «вера в основные права человека, в достоинство и ценность человеческой личности, в

равноправие мужчин и женщин и в равенство прав больших и малых наций». В Уставе признается также, что одной из целей Организации Объединенных Наций является:

«Осуществлять международное сотрудничество в ... поощрении и развитии уважения к правам человека и основным свободам для всех, без различия расы, пола, языка и религии».²

Закрепленные в Уставе принципы получили дальнейшее развитие во **Всеобщей декларации прав человека** (1948 год). Разработанная с участием Комиссии по правам человека и Комиссии по положению женщин. Декларация определяет общий стандарт для всех народов и наций в обеспечении основополагающих политических, социальных, экономических и культурных прав и свобод. Она признает «достоинство человеческой личности» и «равные и неотъемлемые права всех членов человеческой семьи» в качестве «основы свободы, справедливости и всеобщего мира», а также подтверждает закрепленную в Уставе «веру в основные права человека, в достоинство и ценность человеческой личности и в равноправие мужчин и женщин».³

Во многих документах Генеральной Ассамблеи и Экономического и Социального Совета внесены уточнения в определение основных прав, прежде всего прав женщин. Через два десятилетия после принятия Всеобщей декларации, стремясь усилить Всеобщую декларацию и уточнить конкретные обязанности, международное сообщество согласилось на принятие еще двух документов: Международного пакта о гражданских и политических правах (часто его называют Пактом о политических правах) и Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (на который часто ссылаются, как на Пакт об экономических правах). Оба документа вступили в силу в 1976 году.⁴

Разработка двух пактов явилась отражением политики того времени и предшествовавшей ей истории обсуждения вопроса о правах. Особое внимание гражданским и политическим правам уделяли государства, в политических традициях и нынешней идеологии которых основной упор делается на права отдельных лиц, а не на права государства. Государства, в большей степени заинтересованные в развитии в целом, уделяли основное внимание экономическим, социальным и культурным правам и на первый план выдвигали групповые, а не индивидуальные права. Однако в обоих документах сохранились основные элементы, в основе которых лежат положения Всеобщей декларации, включая право женщин быть свободными от всех форм дискриминации, право на свободу собраний и ассоциаций и семейные права (право вступать в брак и создавать семью и право на частную и семейную жизнь).

В соответствии с международными договорами в области прав человека государства должны воздерживаться от вмешательства в индивидуальные свободы и принимать активные меры, направленные на поощрение осуществления прав.

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин

В Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин содержатся следующие статьи, касающиеся репродуктивных прав (приводятся в сокращенном виде):

СТАТЬЯ 5: Государства должны принимать меры, направленные на изменение социальных и культурных моделей поведения, с тем чтобы искоренить предрассудки и упразднить практику, которые основаны на идее неполноценности или превосходства одного из полов или стереотипности роли полов.

СТАТЬЯ 10: Государства должны обеспечить равные права женщин в плане образования и равный доступ к «специальной информации образовательного характера в целях содействия обеспечению здоровья и благосостояния семей, включая информацию и консультации о планировании размера семьи».

СТАТЬЯ 12: Государства должны принимать меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить на основе равенства доступ к медицинскому обслуживанию, в частности в том, «что касается планирования размера семьи».

СТАТЬЯ 16: Государства должны принимать меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин во всех вопросах, касающихся брака и семейных отношений, и, в частности, обеспечить на основе равенства мужчин и женщин одинаковые права на свободный выбор супруга и на вступление в брак только со своего свободного и полного согласия и одинаковые права свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождением и иметь доступ к информации, образованию, а также средствам, которые необходимы для осуществления этих прав.

«Женщины имеют право принимать решения»

В своих Общих рекомендациях относительно равенства в браке и семейных отношениях КЛДЖ постановил следующее:

21. Возложенные на женщин обязанности по рождению и воспитанию детей оказывают воздействие на их право иметь доступ к образованию, занятости и другим видам деятельности, связанным с их личным развитием. Кроме того, эти обязанности накладывают на женщин слишком тяжелое бремя работы. Количество детей и период между их рождением оказывает аналогичное воздействие на жизнь женщин, а также на их физическое и умственное здоровье, равно как и на здоровье их детей. Поэтому женщины имеют право принимать решения о количестве детей и продолжительности периода между их рождением.
22. В некоторых докладах отмечается принудительная практика, имеющая серьезные последствия для женщин, например, принудительная беременность, аборт или стерилизация. Предпочтительно, чтобы решения о том, стоит или не стоит иметь детей, принимались в консультации с супругом или партнером, однако процесс принятия этих решений не должен ограничиваться участием супруга, партнера, родителей или правительства. Для того, чтобы принять осознанное решение о безопасных и надежных методах контрацепции, женщины должны располагать информацией о противозачаточных средствах и пользовании ими и иметь гарантированный доступ к просвещению по половым вопросам и услугам в области планирования семьи ...
23. Существует общее понимание относительно того, что там, где принимаются соответствующие меры для добровольного регулирования рождаемости, здоровье, развитие и благополучие всех членов семьи улучшаются. Кроме того, такие услуги повышают общее качество жизни и улучшают здоровье населения, а добровольное регулирование роста населения способствует охране окружающей среды и достижению устойчивого экономического и социального развития.

В статье 12 Пакта об экономических правах признается «право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». Пакт обязывает государства принимать все меры, необходимые для обеспечения сокращения мертворождаемости и детской смертности, а также для создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

Факультативный протокол к Пакту о политических правах обеспечивает возможность отдельных лиц из подписавших его государств обращаться с жалобами о нарушениях прав человека и обязывает государства принимать соответствующие меры, если такие нарушения имеют место.

В 1948 году все государства приняли Всеобщую декларацию прав человека, однако многие из них не ратифицировали пакты о политических и экономических правах. Ряд других государств сделали различные оговорки, обуславливающие их одобрение конкретных элементов пактов необходимостью учитывать их социальные и культурные особенности. В соответствии с пактами, государства-члены могут обращаться с просьбой о предоставлении им исключений в силу конкретных причин; однако они должны обосновать любые действия, результатом которых будет нарушение прав; эти исключения должны быть кодифицированы в законе, и при этом должны предусматриваться соответствующие процедурные гарантии.

Были также приняты имеющие обязательную силу региональные договоры в области прав человека. Европейская конвенция была принята в 1950 году и вступила в силу в 1953 году. Европейская социальная хартия 1961 года вступила в силу в 1965 году.⁵ Американский пакт⁶ и Африканская хартия⁷ вступили в силу после вступления в силу пактов о политических и экономических правах; в каждый документ были включены два различных вида прав.

Международное сообщество разработало также правовые рамки, учитывающие конкретные ситуации и проблемы, прежде всего расовую дискриминацию, дискриминацию в отношении женщин, насилие в отношении женщин и права ребенка.

В принятой в 1979 году Генеральной Ассамблеей Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин⁸ рассматриваются аспекты, связанные с социальной, культурной и экономической дискриминацией в отношении женщин. В этом документе содержатся более четкие определения и стандарты, чем в предшествовавших ему пактах, а также содержатся положения о защите от дискриминации. В частности, в нем признается, что в связи с тем, что роль мужчин и женщин в обществе неодинакова,⁹ положения, касающиеся дискриминации и злоупотреблений, не могут предусматривать необходимость обеспечения лишь равноправия мужчин и женщин; необходимо

разработать более четкое определение обязанностей, которое устанавливает соответствующие стандарты прав для всех. Вместе с тем Конвенция признает необходимость изучения правил и практики, касающихся роли мужчин и женщин в обществе, с тем чтобы обеспечить, чтобы эти правила не уменьшили гарантий прав.

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин признает также, что государства должны принимать меры, направленные на ликвидацию нарушений прав женщин частными лицами, группами и организациями. Она обязывает государства принимать меры по ликвидации дискриминации во всех формах, включая дискриминацию, связанную с той ролью, которую женщины играют в жизни общества.

Конвенция о правах ребенка¹⁰ признает ответственность государств за широкий комплекс правовых гарантий в отношении детей. Она подтверждает также право на услуги в области планирования семьи, признанное предшествующими ей конвенциями и конференциями. Эта конвенция обязывает государства подтверждать, что они предпринимают усилия, направленные на практическое осуществление ее положений. Почти все государства ратифицировали эту Конвенцию,¹¹ в результате чего она стала эффективным механизмом, налагающим на государство обязанность соблюдать права человека.¹²

Статья 24 Конвенции обязывает государства «обеспечить соответствующий дородовой и послеродовой уход за матерями». Кроме того, в ней содержится призыв принимать «эффективные и надлежащие меры в целях ликвидации традиционной практики, вредной для здоровья детей». В статье 34 говорится, что государства должны «взять на себя обязательства защищать детей от всех форм сексуальной эксплуатации и сексуального домогательства». Статья 12 гарантирует детям право выражения, статья 13 гарантирует право на информацию, статья 14—право на ассоциацию. В статье 17 говорится, что ребенок должен иметь доступ к информации, «направленной на поощрение его или ее социального, духовного и морального благополучия и физического и психического здоровья».

Наблюдение за соблюдением договоров

Страны, ратифицировавшие договоры в области прав человека, обязаны на регулярной основе представлять информацию о принимаемых ими мерах в целях обеспечения осуществления конкретных прав. Созданные для этой цели органы наблюдают за осуществлением положений документов, касающихся прав: так, например, Комитет по правам человека наблюдает за выполнением положений Международного пакта о гражданских и политических правах и получает жалобы от отдельных лиц, права которых были нарушены, а Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин ведет

наблюдение за осуществлением Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.¹⁴

Органы, занимающиеся вопросами прав человека, предлагают рекомендации и толкования для оказания помощи в наблюдении за соблюдением договоров, их обзоре и оценке. Эти рекомендации могут иметь различные формы. Некоторые рекомендации разъясняют положения договоров, например, на основе определения мер, которые должны принять государства, группы или отдельные лица. Орган, ведущий контроль, может устанавливать стандарты и рекомендовать меры, необходимые для защиты или расширения какого-либо права.

Так, в рекомендации КЛДЖ 1994 года¹⁵ указывается, что насилие в отношении женщин в семье нарушает «право на недискриминацию в отношении женщин во всех вопросах, касающихся брака и семейных отношений». В рекомендации предусматривается широкий комплекс мер, таких, как уголовные наказания и гражданские средства защиты в случаях насилия в семье: признание незаконным «защиты чести семьи» как оправдания для нападения или убийства; услуги для обеспечения безопасности жертв насилия в семье; программы реабилитации для лиц, совершивших акт насилия в семье; и помощь семьям, в которых имело место кровосмешение или сексуальное домогательство.

Осуществляющие наблюдение органы определяют также параметры, которые страны должны включать в свои представляемые на периодической основе доклады о соблюдении договоров (например, всю имеющуюся информацию о различных формах насилия в семье).

Помимо комитетов, контролирующих соблюдение конкретных договоров, в системе ООН существуют комиссии, рабочие группы и системы по представлению докладов в области прав человека; например, специальные рабочие группы и специальные докладчики изучают различные проблемы на глобальном уровне или в конкретных странах для представления информации в Комиссию по правам человека. Комиссия по правам человека представляет доклады Экономическому и Социальному Совету (ЭКОСОС) и через Верховного комиссара по правам человека Генеральному секретарю ООН.

После обсуждения содержания какого-либо международного договора государства могут согласиться на основе консенсуса подписать документ и представить его для ратификации в национальные законодательные органы. Государства могут представить официальные оговорки к конкретным положениям. Количество стран, подписавших или ратифицировавших различные конвенции в области прав человека, и количество оговорок и сфера их охвата неодинаковы.

Увеличение числа государств—членов Организации Объединенных Наций после принятия в 1948 году Всеобщей декларации прав человека означает, что бывают случаи, когда

*Будучи выражением
международного
консенсуса,
достигнутые
на конференциях
соглашения
являются мощными
пропагандистскими
механизмами,
которые могут
оказать воздействие
на разработку
национальных
законов и политики.*

Хартия МФПРС о сексуальных и репродуктивных правах

В 1995 году Международная федерация по планированию размеров семьи и 127 ее ассоциаций-членов одобрили Хартию о сексуальных и репродуктивных правах, в основе которой лежат международные документы в области прав человека. Ниже приводится резюме этой Хартии:

1. Право на жизнь следует применять для защиты женщин, жизнь которых в настоящий момент подвергается опасности в связи с беременностью.
2. Право на свободу и безопасность личности должно применяться для защиты женщин, подвергающихся в настоящее время риску клиторомии или же насильственной беременности, стерилизации или аборта.
3. Право на равноправие и на то, чтобы быть свободным от всех форм дискриминации должно применяться для защиты права всех людей независимо от расы, цвета кожи, пола, сексуальной ориентации, семейного положения, состояния семьи, возраста, языка, религии, политических или других убеждений, национального или социального происхождения, собственности, рождения и т.д., на то, чтобы иметь равный доступ к информации, образованию и услугам, связанным с развитием, а также с сексуальным и репродуктивным здоровьем.
4. Право на личную жизнь должно применяться для защиты права всех лиц, пользующихся информацией, результатами просветительской работы и услугами, связанными с сексуальным или репродуктивным здоровьем, и права на тайну и конфиденциальность личной информации, предоставляемой тем, кто оказывает услуги.
5. Право на свободу мысли должно применяться для защиты права всех лиц иметь доступ к образованию и информации, связанным с их сексуальным и репродуктивным здоровьем, без ограничений по причине образа мышления, сознания или религии.
6. Право на информацию и обучение должно применяться для защиты права всех лиц иметь доступ к полной информации о преимуществах, рисках и эффективности всех методов регулирования рождаемости, с тем чтобы любые принимаемые ими по этим вопросам решения были полными, свободными и осознанными.
7. Право выбора в отношении вступления в брак и право основывать и планировать семью должно применяться для защиты всех лиц от любого вступления в брак без полного, свободного и осознанного согласия обоих партнеров.
8. Право принимать решение о том, стоит ли иметь детей и когда это следует делать, должно применяться для защиты права всех лиц на услуги в области репродуктивного здоровья, которые предлагают максимально широкий круг безопасных, эффективных и приемлемых методов регулирования рождаемости и являются доступными, недорогими, приемлемыми и удобными для всех пользователей.
9. Право на медицинское обслуживание и охрану здоровья должно применяться для защиты права всех лиц на пользование самым высоким качеством медицинского обслуживания и право быть свободным от традиционной практики, наносящей ущерб здоровью.
10. Право пользоваться благами научного прогресса должно применяться для защиты права всех лиц иметь доступ к имеющейся технологии лечения, связанного с репродуктивным здоровьем, которое, как это продемонстрировано в независимых исследованиях, приемлемо с точки зрения риска и преимуществ, а также оно должно применяться в тех случаях, когда следует отказаться от этой технологии, так как она будет иметь неблагоприятные последствия для здоровья и благополучия людей.
11. Право на свободу собрания и участия в политической жизни должно применяться для защиты права образовывать какую-либо ассоциацию, целью которой является содействие укреплению сексуального и репродуктивного здоровья и поощрению сексуальных и репродуктивных прав.
12. Право быть свободным от пыток и жестокого обращения должно применяться для защиты права детей, женщин и мужчин от всех форм сексуального насилия, эксплуатации и посягательства.

государства присоединяются к договорам, в переговорах по которым они не принимали участия на начальном этапе. Однако толкование обязательств, предусмотренных в различных договорах, постоянно находится в поле зрения различных контрольных органов. Вопросы, связанные с практической реализацией договоров, также являются предметом рассмотрения в рамках международных механизмов.

Решения международных конференций, достигнутые на основе консенсуса

Права человека закреплены в соглашениях, достигнутых на международных конференциях на основе консенсуса, а также в договорах. Проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем, обсуждаются как на конференциях по правам человека, так и на конференциях, посвященных другим вопросам.¹⁵ Хотя документы конференций не имеют обязательной юридической силы, органы, контролирующие соблюдение прав человека, могут принять во внимание свои рекомендации, например, в отношении определения стандартов, и предложить толкование и рекомендации в отношении соответствующих договоров. Являясь выражением международного консенсуса, соглашения конференций также являются мощными пропагандистскими механизмами, которые могут оказывать воздействие на разработку национальных законов и политики.

Один из последних документов в области прав человека был подготовлен на Всемирной конференции по правам человека¹⁶ в 1993 году. В Венской декларации и Программе действий отмечается, что права человека являются универсальной нормой, не зависящей от стандартов отдельных государств. В достигнутом в Вене соглашении подчеркивается, что права женщин и девушек являются «неотъемлемой, составной и неделимой частью прав человека», которым необходимо уделять особое внимание в деятельности по охране прав человека. В соглашении подчеркивается, что приоритетное внимание следует уделять «ликвидации всех форм дискриминации на основании пола» и ликвидации всех форм насилия по признаку пола. В соглашении содержится призыв к Генеральной Ассамблее принять Декларацию о ликвидации насилия в отношении женщин (Ассамблея приняла эту декларацию 20 декабря 1993 года) и назначить докладчика для наблюдения за развитием событий в этой области.¹⁷

Конференция призвала все страны ратифицировать Конвенцию о ликвидации дискриминации в отношении женщин к 2000 году и настоятельно рекомендовала государствам снять оговорки, не отвечающие целям Конвенции.

В Вене было подтверждено также, что женщины должны пользоваться наивысшими стандартами в плане охраны физического и умственного здоровья на протяжении всей своей жизни. Был вновь подтвержден принцип равенства муж-

чин и женщин и право иметь одинаковый доступ к образованию на всех уровнях. Конференция признала право женщин на доступные и адекватные медицинские услуги и на самые широкие услуги в области планирования семьи.

Международная конференция по народонаселению и развитию 1994 года подтвердила, что универсально признанные стандарты в области прав человека применяются в отношении всех аспектов демографических программ.¹⁸ В Программе действий МКНР подчеркивается, что «право на развитие является всеобщим и неотъемлемым правом и составной частью основных прав человека, и человек является основным субъектом процесса развития».¹⁹ В ней определяется контекст и содержание репродуктивных прав (см. следующий раздел). В пункте 7.3 отмечается:

«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 количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами и правом 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 ...».

Права женщин занимают центральное место в Программе действий:

«Содействие равноправию и равенству мужчин и женщин и наделение женщин более широкими правами, а также ис-

коренение всех форм насилия в отношении женщин и обеспечение того, чтобы женщины были способны самостоятельно регулировать деторождение, являются краеугольными камнями программ в области народонаселения и развития. Права человека женщин и девочек являются неотъемлемой, составной и неделимой частью всех прав человека. Обеспечение всестороннего и равноправного участия женщин в общественной, культурной, экономической, политической и социальной жизни на национальном, региональном и международном уровнях и искоренение всех форм дискриминации по признаку пола являются приоритетными целями международного сообщества».²⁰

Четвертая Всемирная конференция по положению женщин, состоявшаяся в Пекине в 1995 году, подтвердила и закрепила консенсус, достигнутый в Каире. Многие формулировки МКНР по репродуктивному здоровью и правам были включены непосредственно в Платформу действий ВКПЖ.²¹ В пункте 92 отмечается: «Права человека женщины включают в себя ее право осуществлять контроль над вопросами, касающимися ее сексуального поведения, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, и свободно и ответственно принимать по ним решения без какого бы то ни было принуждения, дискриминации и насилия». В Платформе действий содержится призыв к правительствам «обеспечить равенство и недискриминацию в соответствии с законом и на практике» путем принятия мер по защите этих прав.²²

Компоненты репродуктивных и сексуальных прав

Основной комплекс репродуктивных прав, включая право на сексуальное и репродуктивное здоровье, вытекает из прав, признанных в международных документах в области прав человека.²³ Защита этих прав—это основной во-

*«Права человека женщин
включают в себя их права
контролировать и свободно и
ответственно принимать
решения по вопросам,
связанным с их сексуальностью,
включая сексуальное
и репродуктивное здоровье,
без принуждения,
дискриминации и насилия».*

Сексуальность и взаимоотношения мужчин и женщин

Пункт 7.34 Программы действий МКНР гласит:

«Сексуальность человека и взаимоотношения мужчин и женщин тесно связаны друг с другом и оказывают совокупное воздействие на способность мужчин и женщин обеспечивать и поддерживать сексуальное здоровье и регулировать свое репродуктивное поведение. Равноправные отношения между мужчинами и женщинами в вопросах половой жизни и репродуктивного поведения, включая полное уважение к физической неприкосновенности человека, требуют взаимного уважения и готовности принять на себя ответственность за последствия полового поведения. Ответственное отношение к половому поведению, чуткость и равенство во взаимоотношениях мужчин и женщин, особенно если они заложены в годы становления личности, способствуют развитию уважительных и гармоничных партнерских отношений между мужчинами и женщинами».

прос, которому уделяют основное внимание Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, а также Всемирная организация здравоохранения²⁴ и Международная федерация планируемого родительства.²⁵

Обсуждение вопроса о праве на выживание/праве на жизнь²⁶ в международно-правовых стандартах в области прав человека в основном сосредоточено на правовых гарантиях недопущения произвольных казней со стороны государства. Некоторые юристы утверждают, что это право применяется также к женщинам, причины смерти которых связаны с беременностью. Для обеспечения осуществления этого права необходимо, чтобы правительства расширили оказание соответствующих услуг для уменьшения материнской смертности. Уменьшение материнской смертности—это национальная цель, поставленная как на МКНР, так и на четвертой Всемирной конференции по положению женщин.

В ходе анализа основных причин материнской смертности были определены следующие обязательства: оказывать услуги в рамках базового и среднего образования (что даст возможность женщинам более эффективно использовать медицинскую информацию и медицинские услуги); улучшить положение женщин (на основе уменьшения числа браков, заключаемых в раннем возрасте, и беременностей с высокой степенью риска, а также создания возможностей для женщин самим принимать решение в отношении своего здоровья); расширить доступ к медицинским услугам во время беременности, услугам квалифицированных акушеров и гинекологов; оказывать качественные услуги в области семейного планирования, с тем чтобы женщины могли эффективно регулировать интервалы между рождением детей; вести просветительскую работу по вопросам здоровой половой жизни, равенства мужчин и женщин и ответственного отношения к исполнению супружеских обязанностей; и уменьшить зависи-

мость от неквалифицированных абортотворцев.

Право на свободу и безопасность личности²⁷ предусматривает принятие самостоятельных решений о рождении детей, право вести и контролировать половую и репродуктивную жизнь, должным образом учитывая при этом права других людей.²⁸ Практика обрезания у женщин подрывает безопасность личности. Право на свободу гарантирует также право на принятие обоснованных решений в отношении медицинских операций. Несколько конституционных судов постановили, что насильственная стерилизация и аборты нарушают это право.²⁹ Отнесение использования противозачаточных средств и добровольной стерилизации в разряд противозаконных актов также нарушает право на свободу и безопасность отдельных лиц.

Пекинская Платформа действий осуждает пытки, недобровольные исчезновения, сексуальное рабство, изнасилования, половое принуждение и принудительную беременность.³⁰ Программа действий МКНР осуждает систематическую практику изнасилований и другие формы унижительного обращения с женщинами, сознательно используемые как одно из средств ведения войны.³¹

Право на наивысший достижимый уровень здоровья подразумевает право иметь доступ к медицинским услугам самого высокого качества, включая услуги, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем, защитой от практики, вредной для здоровья, и право на получение консультаций и объективной информации, с тем чтобы можно было принять осознанное решение.

Право на планирование семьи, являющееся одним из ключевых компонентов прав, связанных с репродуктивным и сексуальным здоровьем, было признано, уточнено и расширено как в документах в области прав человека, так и в международных декларациях, принятых после 1968 года (см. вставку 10).

Право вступать в брак и создавать семью³² подразумевает обязательства стран и правительств оказывать услуги по предупреждению и лечению болезней, передаваемых половым путем, поскольку они являются основной причиной бесплодия.

Право на частную и семейную жизнь³³ предусматривает право делать самостоятельный и конфиденциальный выбор в отношении того, стоит ли им иметь детей, а также в отношении времени их рождения.

Право пользоваться преимуществами научного прогресса³⁴ подразумевает право иметь доступ к имеющейся технологии в области репродуктивного здоровья, включая качественные методы контрацепции, являющиеся безопасными и приемлемыми.

Право получать информацию и делиться ею и право на свободу мысли³⁵ применяется для демонстрации того, что каждый человек (в том числе подростки и лица, не вступившие в брак)

имеет право на информацию и консультации по вопросам о методах планирования семьи и наличия услуг.

Осуществление права женщин на образование³⁶ является одним из наиболее важных средств расширения возможностей женщин, на основе углубления имеющихся у них знаний и навыков и укрепления самоуверенности, необходимой для полного участия в процессе развития. Образование позволяет женщинам пользоваться предоставляемыми им возможностями, изменять свою традиционную роль и образ жизни. Содействие повышению уровня образования женщин и девушек способствует их вступлению в брак в более позднем возрасте и уменьшению размера семей.

Право на недискриминацию по признаку пола³⁷ нарушается законами и практикой, препятствующими женщинам, а не мужчинам принимать решения (в том числе решения, касающиеся репродуктивного здоровья) без согласия супругов; политикой, ограничивающей право девушек учиться в школе (например, когда они беременны); семейной практикой, когда мальчики пользуются преимуществами по сравнению с девочками в отношении питания, медицинских услуг и образования; в результате выбора пола ребенка до его рождения и женского инфантицида.

Право на недискриминацию по признаку возраста³⁸ предусматривает, в частности, что молодые люди обладают теми же правами на конфиденциальность в отношении репродуктивного здоровья, что и взрослые, а также, что женщины недетородного возраста должны иметь доступ к медицинским услугам.

Реформы законов и изменение политики

Во всем мире возрастает озабоченность по поводу сексуальных и репродуктивных прав и основных прав человека, лежащих в их основе, и все большее число государств начинают включать положения, касающиеся защиты этих прав, в свои национальные законы, конституции и организационные процедуры. Были внесены изменения в законы в таких областях, как семейное право, защита от насилия, недискриминация и права, связанные со здоровьем. Национальные конституции Колумбии и Южной Африки, в частности, недвусмысленно гарантируют осуществление определенных репродуктивных прав. Недавно было внесено изменение в конституцию Уганды, в которой признается приоритет прав человека в отношении женщин над традиционными и местными законами.

Для того, чтобы этот процесс продолжался, следует изобличать и осуждать нарушения репродуктивных прав и вредную практику, с тем чтобы директивные органы, средства массовой информации и общественность поняли необходимость принятия мер в этом направлении.

Имеется весьма ограниченная информация, документально отражающая то, как законодательство защищает сексуальные и репродуктивные права на практике. Разрыв между положениями законов и реальностью может быть достаточно большим. В действительности правовая защита в каждом обществе неодинакова: могут существовать различия по признаку пола, класса, этнической принадлежности, образования или культуры; богатые и влиятельные слои населения, как правило, пользуются правами, которых лишены остальные. Даже в тех случаях, когда услуги, связанные с абортами, считаются законными, бедные слои населения могут быть лишены их; в тех случаях, когда эти услуги считаются незаконными, ими могут пользоваться те, кто в состоянии заплатить за них.

Одновременно с правовыми реформами многие правительства вносят изменения в свои стратегии в области народонаселения и развития, с тем чтобы особо подчеркнуть индивидуальные потребности и права. Вместо того, чтобы делать основной упор на сокращении рождаемости, все большее внимание в политике в области народонаселения делается на

ВСТАВКА 10

Право на планирование семьи

На Международной конференции Организации Объединенных Наций по правам человека, состоявшейся в Тегеране в 1968 году, было отмечено (статья 16): «Родители имеют основное право человека свободно и ответственно определять количество детей и регулировать интервалы между их рождением».

Во Всемирном плане действий в области народонаселения, принятом на Всемирной конференции по народонаселению в Бухаресте в 1974 году, говорится: «Все супружеские пары и отдельные лица имеют основное право свободно и ответственно принимать решения о количестве детей и интервалах между их рождением и иметь информацию и средства для этого; ответственность супружеских пар и отдельных лиц за осуществление этого права учитывает потребности их нынешних и будущих детей и их обязанности перед обществом» (пункт 14). Международная конференция по народонаселению, проведенная в Мехико в 1984 году, подтвердила это положение.

В нескольких статьях Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин признается право на планирование семьи, а КЛДЖ еще глубже рассмотрел вопрос об этом праве в своих общих рекомендациях (см. вставки в предыдущем разделе).

В пункте 7.12 Программы действий МКНР 1994 года говорится: «Цель программы в области планирования семьи должна заключаться в том, чтобы дать возможность супружеским парам и отдельным лицам свободно и с чувством ответственности решать вопрос о количестве и времени рождения своих детей и иметь в своем распоряжении информацию и средства, позволяющие им сделать это и обеспечить осознанный выбор, а также дать им возможность использовать весь диапазон безопасных и эффективных методов ... Осведомленные люди могут и будут действовать с чувством ответственности и с учетом их собственных потребностей, а также потребностей своей семьи и общины...»

Конституция Южной Африки

В целях преобразования страны в демократическое государство в 1993 году Южно-Африканская Республика учредила Конституционную ассамблею, в состав которой вошло 400 членов Национальной ассамблеи и 90 членов Сената. Все совещания были открытыми для представителей прессы и общественности. Ассамблея организовала пропагандистскую кампанию с участием многих средств массовой информации и просветительские программы, слушания и встречи с общественностью (особенно в сельских общинах и общинах, находящихся в неблагоприятном положении). От общественности было получено более 1,7 млн. предложений, касающихся Конституции.

В Конституции, принятой Конституционной ассамблеей 8 мая 1996 года с внесенными 11 октября 1996 года поправками, недвусмысленно предусматриваются гарантии репродуктивного здоровья:

«12. ... (2) Каждый человек имеет право на физическую и психологическую неприкосновенность, предусматривающую следующие права:

- a. право принимать решения, касающиеся рождения детей;
- b. право на физическую безопасность и право распоряжаться своим телом;
- c. право не подвергаться медицинским или научным экспериментам без принятия обдуманного решения».

«27. (1) Каждый человек имеет право на доступ к:

- a. медицинским услугам, включая услуги в области репродуктивного здоровья».

Систематическое половое насилие в отношении руандийских женщин

В о время развязанной в 1994 году кампании геноцида в отношении тутси в Руанде женщины подвергались широко распространенному преднамеренному сексуальному насилию. Солдаты и члены милиции хуту совершили тысячи изнасилований, групповых изнасилований и изнасилований с применением таких предметов, как заточенные палки и стволы оружия. Став свидетелями пыток или убийств родственников и разрушения своих домов, многие женщины тутси получили увечья в результате изнасилований или же стали проститутками.

Пережившие изнасилование страдают от тяжелых форм физических и психологических расстройств, и это усугубляется тем обстоятельством, что на них ложится несмываемое пятно позора; многие женщины проходили лечение от болезней, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД, также в связи с осложнениями в результате некалечиваемых абортов. Число беременностей в результате изнасилований составляет от 2000 до 5000. Многие жертвы остались без средств к существованию; в результате дискриминационной практики, связанной с наследованием, тысячи вдов и дочерей тутси лишились оснований для предъявления юридических претензий на принадлежавшие их семьям дома, землю или банковские счета.

По состоянию на сегодняшний день не было возбуждено ни одного уголовного дела в отношении лиц, совершивших сексуальное насилие. Правовая система Руанды и Международный уголовный трибунал по Руанде имеют в своем распоряжении огромное количество дел против лиц, обвиняемых в геноциде и убийствах: около 80 000 человек находятся в заключении без суда. Ни инспекторы полиции, ни следователи Трибунала, документально обосновывающие преступления геноцида, не смогли собрать информацию об изнасиловании. Однако в июле 1996 года Трибунал учредил Комитет по изнасилованиям для координации расследования нарушений в отношении женщин. НПО, занимающиеся правами человека, призывают национальные и международные органы признать изнасилования, сексуальное рабство и сексуальные увечья преступлениями против человечества, актами геноцида и военными преступлениями, провести полное расследование таких преступлений и наказать виновных.

Источник: Human Rights Watch. 1996. *Shattered Lives: Sexual Violence During the Rwandan Genocide and its Aftermath*. New York: Human Rights Watch.

удовлетворение широкого круга потребностей в области репродуктивного здоровья, и при этом учитывается тот факт, что на МКНР было признано, что динамика роста и распределения народонаселения тесным образом связана с такими аспектами, как образование, расширение возможностей женщин, защита окружающей среды и перспективы устойчивого развития.

Вместе с тем, как отмечается в Программе действий МКНР, все более важную роль играет гражданское общество; большое число неправительственных организаций—группы, занимающиеся защитой прав человека, сторонники медицинских реформ, группы местных общин, религиозные организации, группы общественности и женские группы—участвуют в усилиях, направленных на обеспечение защиты репродуктивного здоровья и прав (см. специальный доклад об осуществлении Программы действий МКНР, стр. 65).

Одной из действенных мер для укрепления защиты репродуктивных прав является оказание давления на правительства, с тем чтобы они отказались от оговорок к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Другой важной пропагандистской мерой является поддержка Факультативного протокола, что повысит эффективность отчетности и станет еще одним средством, позволяющим группам и отдельным лицам, а также государствам представлять информацию о нарушениях договоров в КЛДЖ.

Для того, чтобы правительства несли правовую ответственность за несоблюдение и нарушение репродуктивных прав, необходимо в полной мере интегрировать достигнутый в Каире и Пекине консенсус в процесс осуществления договоров и наблюдения за их соблюдением. Каждый орган по наблюдению за соблюдением договоров делает общие рекомендации или проводит консультации относительно того, как государства должны представлять информацию о репродуктивном и сексуальном здоровье и правах в соответствии с заключенными ими договорами.

Кроме того, специализированные учреждения ООН предлагают различные показатели для наблюдения за прогрессом в достижении целей недавно проведенных международных конференций, включая МКНР и Пекинскую конференцию; эту работу можно координировать на основе установления стандартов органами, занимающимися наблюдением за соблюдением договоров в области прав человека.

Важное значение прав

Необходимо разработать стандарты в области прав человека. Кроме того, некоторые сформировавшиеся в мире тенденции свидетельствуют о том, что необходимо в срочном порядке укрепить приверженность делу разработки общих стандартов в области прав челове-

ка, включая репродуктивные права, на международном, национальном и местном уровнях.

■ Благодаря происходящему во всем мире быстрому процессу урбанизации люди, принадлежащие к различным группам и культурам и имеющие различное мировоззрение и практические установки, вступают во все более тесный и всеобъемлющий контакт друг с другом. Включение гарантий, вытекающих из достигнутых на основе консенсуса прав человека, в национальные правовые системы и социальные институты имеет крайне важное значение для ускорения социальной интеграции в странах.

■ Вместе с тем ускоряются темпы международных и внутренних перемещений населения и миграции, чему способствует облегчение функционирования систем транспорта и связи. Вместе с тем в результате войн и других чрезвычайных ситуаций миллионы людей направляются в другие страны и миллионы становятся перемещенными лицами в своих странах. Все это требует общего понимания основополагающих прав и защиты, предоставляемой всем людям. Для защиты местных традиций и определения целесообразности применения традиционной практики в новых условиях также требуются новые стандарты оценки. Эти стандарты определяются с учетом прав человека.

Имеется немало примеров этого. Последними из них являются принятое в 1996 году Соединенными Штатами решение предоставить политическое убежище женщине, которой, в случае ее депортации на родину, сделали бы обрезание, а также неуевенчавшаяся успехом попытка группы иммигрантов заставить французские органы здравоохранения сделать женщине операцию по клиторотомии.

■ Все более сложная система управления и децентрализация принятия решений и администрирования в странах требует разработки общих руководящих принципов и стандартов, определяющих обязанности и ответственность. Улучшение понимания вопросов, связанных с правами человека, может дополнить и усилить национальные законы и процедуры для обеспечения основной защиты. Так, например, их включение в руководящие принципы оказания медицинских услуг может способствовать обеспечению того, чтобы местные власти уважали права человека и принимали эффективные меры для расширения доступа к информации и услугам в области здравоохранения.

■ Укрепление институтов гражданского общества, объединяющих государственные системы и основные компоненты общества, все

*Для того, чтобы правительства несли
ответственность за несоблюдение
или нарушения репродуктивных
прав, достигнутый
в Каире и Пекине консенсус
необходимо интегрировать
в процесс контроля за
соблюдением
договоров.*

больше признаются как жизненно важный элемент устойчивого развития. Более сильные гражданские институты могут наиболее эффективно функционировать в условиях общего понимания прав и могут выступать в качестве механизмов, требующих обеспечения защиты прав и контролирующих эту защиту.

■ В настоящее время нередко системы гражданской администрации являются совершенно неэффективными. Приверженность международного сообщества обеспечению основных прав человека может укрепить доверие к международным усилиям в конфликтных и постконфликтных ситуациях и обеспечить защиту невиновных. Укрепление страновых и межстрановых механизмов, как государственных, так и общественных, может содействовать рассмотрению жалоб, связанных с нарушением прав, и создать основу для представления заявления об оказании помощи для лиц, ставших жертвами несправедливости.

■ В результате усиления влияния транснациональных образований, таких, как международные корпорации и финансовые учреждения, отдельным странам становится все сложнее регулировать деятельность этих образований в соответствии с интересами всех имеющих к этому отношение сторон. Соглашения в области прав человека создают основу для разработки стандартов, которые могут применяться в отношении деятельности транснациональных образований в других странах и могут быть одним из элементов кодекса международной практики. Так, например, аргументы, приводимые занимающимися вопросами прав человека организациями,

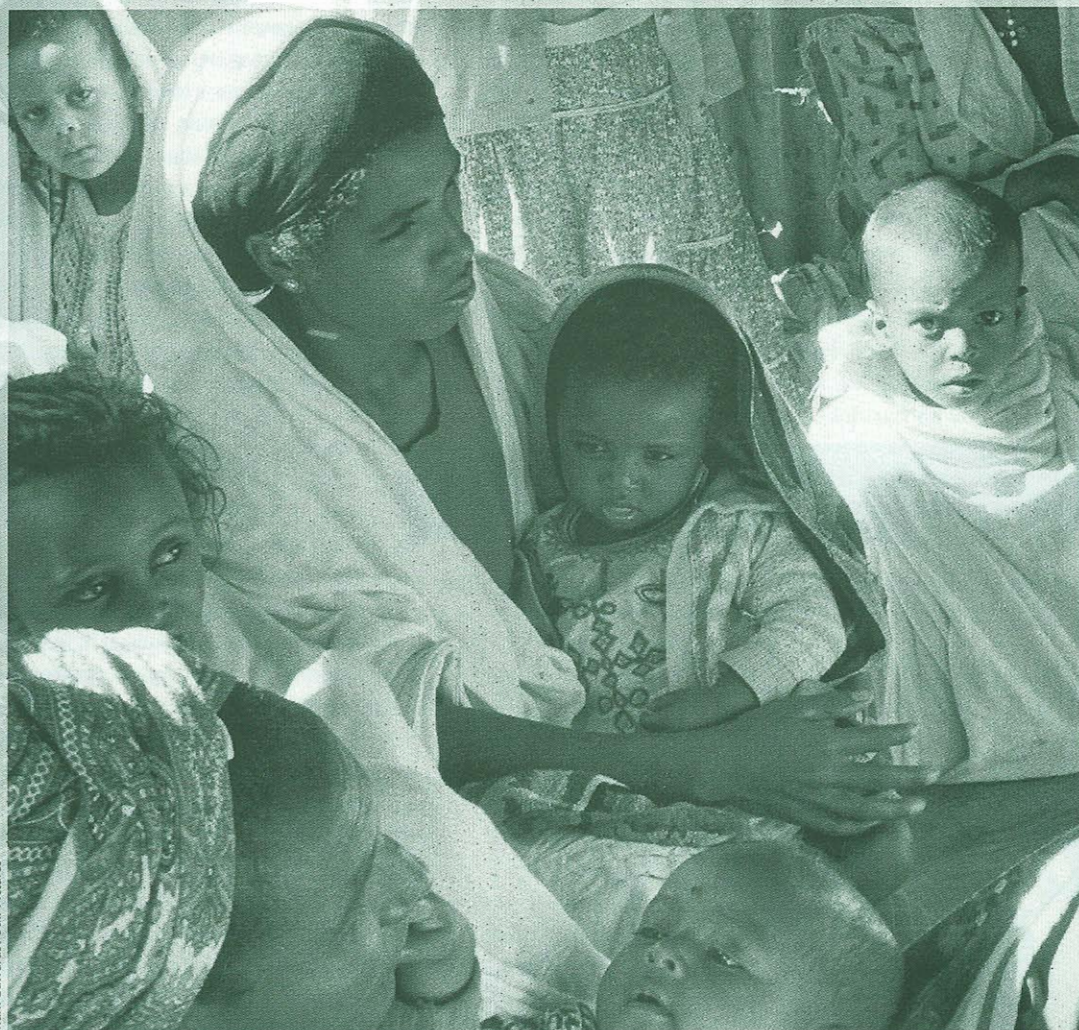
подтверждают необходимость того, чтобы транснациональные корпорации не уменьшали объема инвестиций, выделяемых для разработки противозачаточных средств и на другие исследования в области репродуктивного здоровья.

- Международные соглашения в области прав человека являются стандартами для оценки и размышлений в период быстрых социальных изменений. Социальные и культурные изме-

нения всегда представляют собой динамичный и селективный процесс отхода от существовавших ранее пониманий, убеждений и практики. Трансформация социальных, политических, экономических и демографических моделей многих стран требует общего понимания в отношении конструктивных и комплексных изменений. Твердые соглашения о стандартах в области прав человека являются основой для оценки как традиционных, так и новых аспектов.

.....
ГЛАВА 2:

Права на сексуальное и репродуктивное здоровье



Mark Edwards / Still Pictures

«Каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Государствам следует принимать все соответствующие меры для обеспечения на основе равноправия мужчин и женщин всеобщего доступа к медицинскому обслуживанию, в том числе к услугам по охране репродуктивного здоровья, которые включают услуги, связанные с планированием семьи и сексуальным здоровьем. В рамках программ в области охраны репродуктивного здоровья должен обеспечиваться самый широкий спектр услуг без принуждения в любой форме».

—Принцип 8, Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, 1994 год

Сексуальная и репродуктивная роль женщин в значительной степени определяет их социальный статус и экономические возможности. Она формирует их самовосприятие и их представления о самореализации, однако они не получают существенной помощи, когда стремятся сыграть эту роль. Большинство женщин в большинстве стран сталкиваются с тем, что репродуктивная роль очень высоко ценится, но не пользуется большой поддержкой.

Решающим фактором,—который фактически позволил рассматривать репродуктивную роль как одно из прав,—было появление современных противозачаточных средств: именно они дали женщинам возможность самим определять сроки и частотность беременности. Доля пар, использующих одно из современных противозачаточных средств,—это и есть показатель распространенности противозачаточных средств—возросла с 15 процентов в 1960 году почти до 60 процентов в

развивающихся странах, а в остальных странах ими пользуются почти все. Для растущего числа женщин применение противозачаточных средств является частью их повседневной жизни.

Отношения между мужчинами и женщинами—как индивидов, членов семьи и членов общества—являются частью сложной системы социальных отношений, ценностей, взаимосвязей, учитывающих роль друг друга, и согласованных точек зрения. Современные противозачаточные средства, которые дали женщинам возможность самим определять размеры своей семьи и интервалы между деторождениями, навсегда изменили эту систему отношений. Одним из результатов этого является идущий во всех странах интенсивный диалог о репродуктивных ролях и правах женщин и мужчин.

Хотя право на здоровье признано почти повсеместно, женщины гораздо чаще страдают от слабого здоровья, обусловленного деторождением и половой жизнью, несмотря на то, что эти проблемы, как правило, можно было бы избежать. В первом разделе данной главы рассматривается ряд основных причин такого положения и некоторые решения.

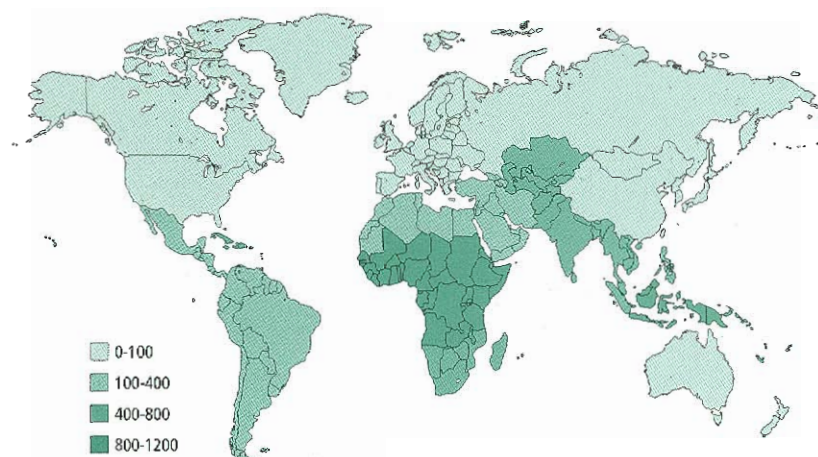
Право на здоровье, право пользоваться благами научного прогресса и право определять число детей и интервалы между их рождениями предполагают, в частности, право на репродуктивное здоровье, а значит и на получение таких услуг в области репродуктивного здоровья, которые обеспечивают уважение и осуществление прав пациентов. Это означает, что эти службы должны удовлетворять потребности и пожелания пациентов, а также содействовать реализации выбора каждого человека и принятию продуманных решений. Во втором разделе данной главы рассматриваются службы охраны сексуального и репродуктивного здоровья, а также связанные с этим вопросы.

РИСУНОК

1

Показатели материнской смертности, 1990 год

ЧИСЛО СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ НА 100 000 ЖИВОРОЖДЕНИЙ С РАЗБИВКОЙ ПО РЕГИОНАМ/СУБРЕГИОНАМ



В МИРЕ 429
В более развитых регионах* 27
В менее развитых регионах** 479

Африка	878
Восточная Африка	1 061
Центральная Африка	944
Северная Африка	343
Южная часть Африки	437
Западная Африка	1 023
Азия	383
Восточная Азия	91
Южная часть Цент. Азии	562
Юго-Восточная Азия	443
Западная Азия	320

Европа	36
Восточная Европа	61
Северная Европа	11
Южная Европа	15
Западная Европа	17

Латинская Америка и регион Карибского бассейна	194
Карибский бассейн	408
Центральная Америка	137
Южная Америка	197

Северная Америка	11
Океания	382
Австралия-Новая Зеландия	12
Меланезия/Микронезия/Полинезия	1 123

Источник: World Health Organization, Maternal Mortality Ratios and Rates. A Tabulation of Available Information, 4th ed. (Geneva, forthcoming).

* Более развитые регионы включают в себя все регионы в Европе, Северной Америке и Австралии, Новой Зеландии и Японии.

** Менее развитые регионы включают в себя все регионы Африки, Азии (за исключением Японии), Латинской Америки и Карибского бассейна и регионы Меланезии, Микронезии и Полинезии.

Бедные женщины, плохое здоровье

Недоедание/анемия

Во всем мире недоедание является самой распространенной причиной болезней и плохого здоровья. Оно привело к тому, что в 1990 году умерло 5,9 млн. человек, и оно было одним из факторов, которые вызвали 15,9 процента всех заболеваний.¹ Большинство из этих людей умерло в Африке и Южной Азии, причем многие из них умерли в первые годы своей жизни, когда дети особенно уязвимы. Главной основополагающей причиной была нищета, однако надо отметить, что непропорционально большую долю составляли женщины. Во многих семьях девочки и женщины

получают еду последними. Недоедание и обусловленные им проблемы со здоровьем у молодых девушек встречаются слишком часто, даже если брать только бедные семьи.

Если девочки недоедают в первые годы своей жизни, то это ведет к проблемам со здоровьем в последующие годы жизни. Это является одной из причин анемии, причем опасность данного явления возрастает после начала менструации. В развивающихся странах железодефицитная анемия является третьей по значимости причиной болезней у женщин в возрасте от 15 до 44 лет. Она вызывает 4 процента всех болезней, то есть является более значительным фактором, чем война. В промышленно развитых странах она вызывает 1,5 процента болезней—лишь немногим меньше, чем дорожно-транспортные происшествия.

Недоедание и анемия являются источниками многих проблем, которые возникают во время беременности и родов, и играют определенную роль во многих ситуациях, когда мать погибает.

Осложнения в период беременности

Ежегодно более 585 000 женщин умирают от причин, связанных с беременностью. А на каждую погибшую женщину приходится по крайней мере 13 женщин, которые сталкиваются с менее серьезной угрозой для своего здоровья. В некоторых странах, где скорая медицинская помощь более доступна и где женщины умирают реже, на каждый случай материнской смертности² может приходиться более 3 000 женщин, которые страдают от плохого здоровья в результате беременности. Осложнения в период беременности встречаются везде, однако материнская смертность преобладает в развивающихся странах: в Африке у женщин в 500 раз больше шансов умереть от причин, связанных с беременностью, чем у женщин в скандинавских странах.

К числу основных причин материнской смертности относятся наличие механических препятствий прохождению плода, кровоизлияния и послеродовая инфекция (послеродовой сепсис). В развивающихся странах наличие механических препятствий прохождению плода и сепсис являются шестой и восьмой ведущей причиной болезней, а в общей сложности они вызывают более 6 процентов заболеваний. В развитых странах они занимают 12-е и 14-е места, и на них приходится около 2 процентов болезней.

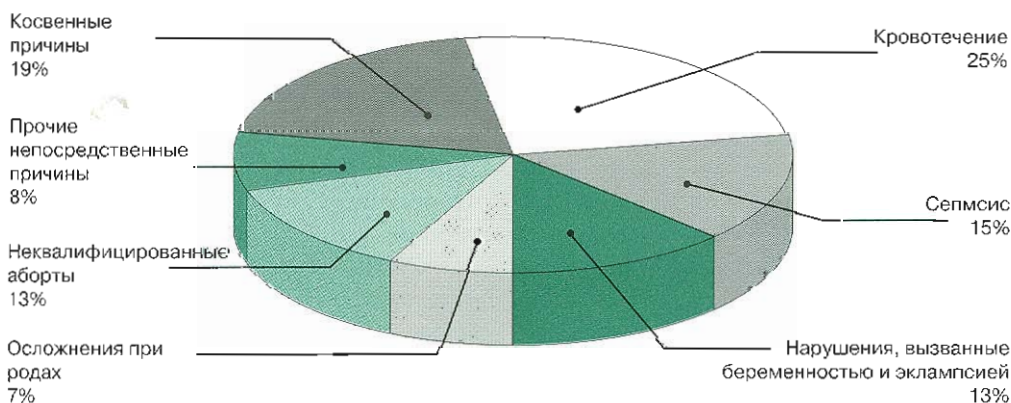
Наличие механических препятствий прохождению плода, то есть такие случаи, когда родовой канал заблокирован, часто является результатом чрезмерно ранней беременности, которая началась до того, как таз получил достаточное развитие, или же длительного недоедания, которое помешало нормальному физическому развитию. Последствия могут быть трагическими как для матери, так и для ребенка, особенно в тех случаях, когда отсутствует квалифицированная экстренная медицинская помощь, и это особенно характерно для тех случаев, когда мать ослаблена анемией. Если есть препятствия прохождению плода, то молодая мать испытывает нестерпимую боль в течение многих часов подряд, при этом часто возникают кровотечения и инфекции, а иногда мать остается инвалидом на всю жизнь.

Перевозка женщин, у которых начались схватки, особенно опасна и может создавать угрозу жизни. В провинции Анантапур в Индии почти 70 процентов женщин, поступающих в больницы в связи с осложнениями в период родов, добираются до больницы на городских автобусах, а 19 процентов—на телегах, запряженных домашним скотом. Одно из исследований, проведенных в Китае, выявило, что 15 процентов зарегистрированных материнских смертей произошло по пути в больницу.³ Мужчины часто распоряжаются деньгами, которые необходимы для перевозки, и могут не понимать

Шанс смерти по причинам, связанным с беременностью, у африканской женщины в 500 раз выше, чем аналогичный шанс у женщины одной из скандинавских стран.

РИСУНОК
2

Причины материнской смертности, 1990 год



Источник: World Health Organization, Maternal Health and Safe Motherhood Programme (Geneva), unpublished estimates.

риска, связанного с деторождением, а также необходимость проявлять заботу, если речь не идет об очевидных чрезвычайных ситуациях. И еще в меньшей степени они понимают значение дородового и послеродового ухода за своими женами.

Если бы общее состояние здоровья было лучше, то эти показатели смертности и заболеваемости были бы ниже. Если уход был бы лучше, эти показатели можно было бы резко снизить. Прежде всего необходимо выявить те 10 процентов беременных, которые связаны с риском. Большинство таких случаев можно было бы выявить при дородовом осмотре и наблюдении. Во-вторых, необходимо обучить людей, принимающих роды, правилам гигиены и навыкам оказания первой акушерской помощи; в-третьих, необходимо обеспечить срочное и эффективное направление в медицинские учреждения для оказания экстренной акушерской помощи. Самое главное заключается в том, что необходимо уделять внимание здоровью женщин в самом первоочередном порядке.

Болезни, передаваемые половым путем

Согласно оценкам, каждый год в мире появляется 333 млн. новых случаев заболеваний, передаваемых половым путем. Если взять данные по всему миру, то окажется, что женщины становятся жертвами болезней, передаваемых половым путем, в пять раз чаще, чем мужчины. После материнской смертности и заболеваемости болезнями, передаваемыми половым путем, являются второй по значимости проблемой для женщин в возрасте 15-44 лет в развивающихся странах. Если сюда включить инфекцию, вызываемую вирусом иммунодефицита человека

(ВИЧ), то на эти болезни будет приходится почти 15 процентов заболеваний у людей в этой ключевой с точки зрения производительности возрастной группе. Возможно, что эта оценка занижена, поскольку до недавнего времени болезням, передаваемым половым путем, уделялось мало внимания. Многие люди заражены не одной, а несколькими болезнями. Почти две трети случаев бесплодия вызываются болезнями, передаваемыми половым путем.⁴

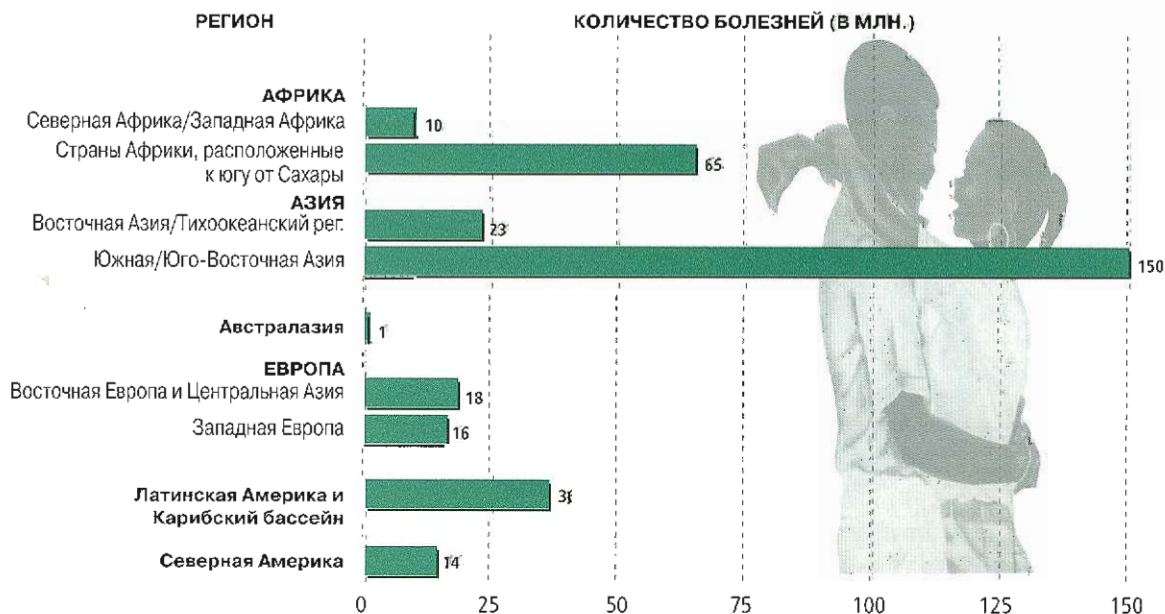
Болезни, передаваемые половым путем, чаще всего встречаются у молодых людей в возрасте 15-24 лет. Целых 50 процентов всех инфекций ВИЧ приходится на людей в этой возрастной группе; многие больные заразились этой болезнью до 20 лет. Во всех странах молодые женщины являются группой, которой в наибольшей степени угрожает заражение инфекцией ВИЧ в результате гетеросексуального контакта.

В Соединенных Штатах заболеваемость женщин гонореей самая высокая в возрасте 15-19 лет; если же взять мужчин, то возрастная группа от 15 до 19 лет занимает второе место по частоте этой болезни.⁵

Совершеннолетние молодые люди особенно подвержены болезням, передаваемым половым путем, причем большинство из них очень мало знает об этих болезнях. Молодые люди, которые ведут половую жизнь с раннего возраста, чаще меняют сексуальных партнеров и подвергают себя более высокому риску заражения болезнями, передаваемыми половым путем. Миллионы подростков живут или работают на улице; многие начинают торговать собой, чтобы заработать на жизнь. Молодых женщин особенно часто принуждают к сексу, и у них мало возможностей добиться того,

РИСУНОК
3

Количество новых случаев поддающихся излечению заболеваний, передаваемых половым путем, среди взрослых, 1995 год



Источник: World Health Organization, An Overview of Selected Curable Sexually Transmitted Diseases (Geneva, 1995).

чтобы их более старшие сексуальные партнеры пользовались презервативами. Молодые люди более неохотно обращаются в медицинские учреждения за помощью, потому что они не знают, что больны, потому что они стесняются или стыдятся, или просто потому, что у них нет денег для оплаты медицинских услуг.⁶ В силу принятой политики или по той причине, что медицинские работники испытывают чувство стыда, подростки могут не получить информацию даже в тех случаях, когда они обращаются за помощью.

Помимо этих социальных факторов имеются еще чисто физиологические факторы. У молодых женщин слизь, выделяемая шейкой матки, не такая, как у женщин более пожилого возраста, вследствие чего молодые женщины более подвержены заражению гонореей и хламидиозом или вирусом папилломы.

Частотность заболеваний, передаваемых половым путем, среди женщин обусловлена как биологическими, так и социальными факторами. Женские половые органы устроены так, что более значительная площадь чувствительных тканей открыта для большого числа патогенов в течение полового акта. Если происходит разрыв или повреждение тонкой соединительной ткани, то риск заражения болезнью, передаваемой половым путем, в том числе ВИЧ/СПИДом, намного возрастает. Во многих обществах существующая сексуальная практика (включая предпочтение «сухого секса», который увеличивает трение и тем самым половое удовлетворение, получаемое мужчиной) может увеличивать травмированность среди женщин. Другие действия, включая клиторотомию, также могут повышать вероятность повторных инфекций половых путей и других расстройств, которые увеличивают опасность заражения болезнями, передаваемыми половым путем.

Последствия заражения болезнями, передаваемыми половым путем, для женщин более серьезные, чем для мужчин. Болезни, передаваемые половым путем, вызывают осложнения хода беременности, сепсис, непроизвольные выкидыши, преждевременные роды, мертворождения и врожденные инфекции.⁸ Один-пять процентов всех случаев материнской смертности вызываются внематочной беременностью, которая является следствием болезней, передаваемых половым путем. Тридцать пять процентов всех послеродовых болезней обусловлено заболеваниями, передаваемыми половым путем. Если взять все случаи госпитализации по гинекологическим основаниям, то окажется, что 17-40 процентов из них вызваны воспалением газовых органов, которое чаще всего бывает следствием болезней, передаваемых половым путем. Вирус папилломы является одной из причин рака шейки матки, а это—вторая по распространенности разновидность рака во всем мире, поскольку каждый год появляется полмиллиона новых случаев таких заболеваний.

Инфекции половых путей затрагивают 50-60 процентов женщин в некоторых развивающихся странах, хотя большинство таких инфекций можно

В настоящее время каждый день инфицируются ВИЧ 8500 человек и число инфицированных составляет 29,4 миллиона человек. Эта пандемия является мощной дестабилизирующей силой, разрушающей семьи и общины, порождающей нищету и трагедии в широких масштабах и, возможно, сводящие на нет перспективы развития целых стран. Ее угроза заключается в том, что целое поколение детей в странах Африки, Азии и Латинской Америки станут сиротами. Пандемия уже начинает оказывать серьезное воздействие на демографическое положение в нескольких африканских странах; установлено, что, если бы не СПИД, то показатели смертности в ряде стран Центральной Африки были бы на 25 процентов ниже. Средняя продолжительность жизни в странах, наиболее сильно пострадавших от СПИДа, на шесть лет меньше. Она будет уменьшаться по мере увеличения числа смертей от СПИДа.

Демографические последствия СПИДа самым убедительным образом свидетельствуют о том, что главным в демографической проблематике являются не цифры, а человеческий фактор. Пандемия СПИДа уже замедляет темпы роста народонаселения в некоторых странах в результате повышения показателя смертности. Эта разрушительная тенденция подчеркивает необходимость того, чтобы во всех ответственных программах в области народонаселения основной упор делался не на цифровые показатели, а на благополучие людей. Лишь на основе борьбы с пандемией СПИДа, используя все имеющиеся в нашем распоряжении ресурсы, мы сможем защитить целостность семей, стабильность общин и нашу надежду на сбалансированное развитие.

Одной из наиболее приоритетных задач должно быть создание условий для того, чтобы все подвергающиеся риску группы населения могли защитить себя от инфекции ВИЧ. Это подразумевает глобальные усилия, направленные на получение более полной информации о заболевании и его причинах, а также на обеспечение средств защиты. Воздержание от половой жизни препятствует распространению заболевания, однако сексуально активное население нуждается в эффективной защите.

Это особенно важно для женщин, которые в большей степени уязвимы к воздействию заболевания и зачастую не имеют возможности предотвратить половой акт. Лишь решительные и целенаправленные усилия могут создать условия для того, чтобы женщины смогли осуществить свое право на самозащиту. Руководители всех уровней должны поддерживать право женщин на защиту и решительно противостоять всем силам, выступающим против этого права или принимающим меры, препятствующие его осуществлению.

вылечить с помощью антибиотиков. Большинство болезней, передаваемых половым путем, являются инфекциями половых путей, хотя некоторые болезни, передаваемые половым путем, такие, как сифилис, гепатит В и ВИЧ/СПИД, поражают и другие органы человека. Ежегодно миллион человек умирает в результате инфекций половых путей, причем сюда не входит смертность от ВИЧ/СПИДа.⁹

Широкий круг расстройств половых путей может быть следствием болезней, передаваемых половым путем, включая разновидности рака шейки матки. Часто они проявляются не сразу, однако если их не лечить, они могут привести к более серьезным последствиям для здоровья.

Та или иная болезнь, передаваемая половым путем, или болезнь половых путей повышают вероятность того, что в случае даже одного полового контакта произойдет передача ВИЧ. В странах, где болезни, передаваемые половым путем, широко распространены и где у людей бывает много сексуальных партнеров, опасность заражения вирусом иммунодефицита человека резко возрастает.

Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД)

В настоящее время 22,6 млн. человек являются носителями ВИЧ/СПИДа. После начала этой пандемии 8,4 млн. человек, которые были носителями ВИЧ, заболели СПИДом, и 6,4 млн. из них умерли. По данным ЮНАИДС,¹⁰ в 1996 году было 3,1 млн. новых случаев заболевания инфекцией ВИЧ. Это означает более 8 500 заболеваний в день—7 500 среди взрослых и 1 000 среди детей. В 1996 году было 1,5 млн. смертей, связанных с ВИЧ/СПИДом, причем в это число входят 470 000 женщин и 350 000 детей в возрасте до пяти лет.

ВИЧ/СПИД продолжает быстро распространяться во многих странах. Эпидемия становится массовой в некоторых крупных странах Азии. Самое большое число новых случаев отмечается в Южной Азии, особенно в Индии. Эта болезнь сейчас обнаруживается в районах, где частотность инфекции ранее была низкой (в том числе в бывшем Советском Союзе).

Примерно 42 процента из 21,8 млн. взрослых людей, являющихся носителями ВИЧ/СПИДа,—это женщины, и их доля растет. Большинство новых инфицированных взрослых—люди в возрасте от 15 до 24 лет. Во всем мире из каждых 100 случаев инфицирования взрослых вирусом иммунодефицита человека 75-85 случаев являются результатом половых сношений без предохранительных средств (то есть без применения презервативов). В

настоящее время гетеросексуальные половые связи дают 70 процентов всех инфекций ВИЧ у взрослых. Переливание зараженной крови дает 3-5 процентов инфекций. Общее пользование шприцами, зараженными ВИЧ, среди наркоманов дает 5-10 процентов инфекций у взрослых. Эта доля возрастает, и во многих частях мира такой способ передачи вируса является доминирующим. Остальные 5-10 процентов инфекций приходится на гомосексуальные половые связи.¹¹

Передача вируса от матери к ребенку является причиной более 90 процентов всех инфекций у младенцев и детей. В развивающихся странах заболеваемость ВИЧ/СПИДом среди детей почти в 35 раз выше, чем в промышленно развитых странах. Около 25-35 процентов детей, которые рождаются у матерей, являющихся носителями ВИЧ, заражаются до или во время родов, или в период грудного кормления. Оценки количества детей, которые оказались зараженными в течение пандемии, различны. У детей переход от инфекции ВИЧ к СПИДу происходит быстрее, а живут они после этого меньше. Около одной четверти всех смертей, связанных со СПИДом, приходится на детей, которые были заражены их матерями. На страны Африки, расположенные к югу от Сахары, приходится свыше 85 процентов детей, зараженных своими матерями.

Социальные факторы и поведение людей, влияющее на распространение болезней, передаваемых половым путем

Для предотвращения распространения болезней, передаваемых половым путем, принимается целый ряд мер в области здравоохранения. Расширению масштабов трагедии содействуют самые различные представления и типы поведения, касающиеся половой жизни, социального статуса и взаимоотношений. Эти болезни обычно легче передаются от мужчины к женщине, чем наоборот. Если речь идет о ВИЧ/СПИДе, то во время полового акта женщине гораздо больше угрожает опасность заразиться от своего партнера, чем мужчине.¹² Боязнь мужчин заразиться вирусом иммунодефицита человека привела к более интенсивной сексуальной эксплуатации молодых женщин, поскольку предполагается, что среди таких женщин реже встречаются зараженные. Некоторые мужчины также предпочитают верить в то, что половые отношения с девственницей могут вылечить от СПИДа.

Экономические условия и неравенство мужчин и женщин также повышают степень опасности, с которой сталкиваются женщины. Мужчины, которые переезжают в города в поисках работы и живут отдельно от своей семьи, создают спрос на сексуальные услуги. Мужчины, которые отказываются применять презервативы в тех случаях, когда они пользуются услугами секс-индустрии, содействуют распространению болезней, передаваемых половым путем, и затем заражают своих жен. Традиционные представления о том, что женщина

ВСТАВКА
14

Распространение ВИЧ/СПИД в бывшем Советском Союзе

Согласно информации Объединенной и совместно организованной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНАИДС), инфекция ВИЧ быстрыми темпами распространяется в странах бывшего Советского Союза, которые еще несколько лет назад не были поражены эпидемией.

Недавно из Украины поступили сообщения о резком увеличении числа инфицированных наркоманов в городах на Черноморском побережье. Например, число инфекций ВИЧ у наркоманов увеличилось с 1,7 процентов в январе 1995 года до 56,5 процентов через 11 месяцев.

В России 190 из 45 507 наркоманов, проверенных в 1996 году, имели позитивную реакцию на ВИЧ; в 1994 году ни один из 84 377 проверенных наркоманов не имел позитивной реакции на этот вирус. Как сообщается, в период с января по декабрь 1996 года в Калининграде число лиц, инфицированных ВИЧ, увеличилось в 18 раз с 21 до 387 человек; большинство из них—наркоманы. Соотношение мужчин и женщин у инфицированных ВИЧ россиян начало выравниваться: количество инфицированных мужчин превышает количество инфицированных женщин в два раза, в то время как ранее это соотношение составляло 6:1.

Резкое увеличение числа болезней, передаваемых половым путем, свидетельствующее о росте беспорядочных половых связей, указывает на то, что дальнейшее распространение ВИЧ может стать неизбежным. В период 1994-1995 годов показатели заболеваемости сифилисом (новые заболевания на 100 000 человек) увеличились в два раза в России (с 81,7 до 172) и Беларуси (с 72,1 до 147,1), а в Казахстане они увеличились в три раза (с 32,6 до 123).

Директор-исполнитель ЮНАИДС Питер Пиот заявил: «К сожалению, перестала существовать инфраструктура для оказания основных услуг и осуществления профилактических программ».

Источник: UNAIDS and World Health Organization, 1996. «UNAIDS: The Global Epidemic: December 1996». 28 November 1996.

должна быть податливой и услужливой в отношениях с мужчинами, то небольшое влияние, которое женщины оказывают на сексуальное поведение своих партнеров-мужчин, и неспособность женщин добиться того, чтобы мужчины использовали презервативы, создают повышенную угрозу для женщин, будь то жены или женщины, вовлеченные в секс-индустрию. Они могут и не иметь симптомов инфекции (половина инфицированных женщин таких симптомов не чувствует), или они могут не понимать природу имеющихся у них симптомов. Они могут не обращаться за помощью, опасаясь того, что медицинские работники не станут заниматься ими, или того, что они прослышат среди людей как проститутки. Бывают также случаи, когда медицинская помощь просто недоступна.

Мало кто обращает внимания на пожелания и интересы женщин, связанные с половой жизнью. Женщины часто считаются сексуальной собственностью своих мужей и обязаны удовлетворять их потребности, поскольку в противном случае их осудят. Если женщина не идет на это, то наказанием может послужить развод, насилие, а то и более суровые меры. Даже если женщина знает, что ее регулярный партнер имеет отношения с другими женщинами, она может находиться в таком положении, что не посмеет попросить его надеть презерватив, когда этот мужчина встречается с ней. В то же время нищета может вынудить женщин искать сексуальных партнеров вне семьи для того, чтобы получить сексуальное удовлетворение или дополнительный доход. Таким женщинам в

большей степени грозят болезни, плохое обращение и меры наказания со стороны общества.¹³

Аборт

Аборт разрешен при определенных обстоятельствах почти во всех странах мира: в 98 процентах стран, в которых проживает 96 процентов населения всего мира, угроза для жизни матери признается в качестве законного основания для прерывания беременности. Согласно оценкам, ежегодно производится 25 млн. абортов в странах, где они легализованы.

В общей сложности в 62 процентах стран, где проживает 75 процентов населения всего мира, существуют те или иные законодательные положения о том, что сохранение физического здоровья женщины может быть основой для легального аборта, хотя существуют самые различные определения того, что такое риск для здоровья. Сохранение здоровья женщины является законным основанием для аборта в 89 процентах промышленно развитых стран, но всего лишь в 52 процентах развивающихся стран. Каков бы ни был правовой статус аборта, отношение конкретных людей к нему во всех странах самое различное.

Искусственный аборт относится к числу самых безопасных и самых простых медицинских процедур. Однако если он проводится в антисанитарных условиях, то он может создавать значительную угрозу здоровью людей. Ежегодно около 70 000 женщин умирают в результате неквалифицированного аборта, и неизвестное, но гораздо большее число

Все большее наличие и использование противозачаточных средств уменьшают последствия абортов.

РИСУНОК

4

Количество смертей в результате неквалифицированных абортов



Источник: World Health Organization, Maternal Health and Safe Motherhood Programme (Geneva), unpublished estimates.

женщин получают инфекции, увечья и травмы. Согласно оценкам, ежегодно производится 20 млн. неквалифицированных аборт, причем 90 процентов из них — в развивающихся странах.¹⁴

Хотя легальность не гарантирует безопасность, более значительная доля нелегальных аборт производится неквалифицированно. Легальные аборт могут быть рискованными в тех случаях, когда доступ к ним ограничивается бюрократией (например, в бывшем Советском Союзе), когда медицинские службы плохо развиты или отсутствуют вовсе, или когда медицинские работники отказываются делать такую операцию.¹⁵

Женщины могут стремиться прервать беременность, которая стала следствием вынужденного полового контакта, отсутствия информации о противозачаточных средствах и самих этих средств, неудачного применения контрацептивов или изменения обстоятельств после зачатия. Точные данные о количестве аборт в различных странах получить трудно, за исключением тех случаев, когда эта процедура легализована и системы сбора дан-

ных хорошо функционируют. Оценочные данные часто основаны на информации о количестве женщин, которые были госпитализированы в связи с осложнениями, вызванными аборт, и эти данные корректируются с учетом доступности легальных аборт. Например, данные говорят о том, что в Латинской Америке один из каждых пяти подпольных аборт ведет к осложнениям и последующей госпитализации.¹⁶

Влияние аборт на рождаемость трудно оценить. В 33 обследованных странах было установлено, что аборт широко используются в качестве противозачаточного средства.¹⁷ Как применение контрацептивов, так и аборт являются проявлением желания мужчин и женщин уменьшить размеры своей семьи, однако более широкая доступность и растущие масштабы применения контрацептивов приводят к тому, что роль аборт уменьшается. Аналогичные исследования в других странах помогут уточнить, как происходят эти изменения.¹⁸

Многие, хотя и не все, женщины, которые прибегают к аборт, хотели бы использовать противозачаточные средства, если бы у них был выбор. В Нигерии только 10 процентов женщин, госпитализированных в связи с осложнениями после аборт, использовали ранее противозачаточные средства, но лишь 45 процентов сказали, что они хотят пользоваться противозачаточными средствами. В Боливии только 7 процентов таких женщин пользовались противозачаточными средствами в течение своей жизни, однако 77 процентов из них сказали, что они хотели бы пользоваться ими.¹⁹

В тех странах, где аборт безопасен и широко доступен, и, кроме того, созданы другие службы по охране репродуктивного здоровья, частотность аборт обычно низкая.

Простой вывод заключается в следующем: повышение доступности противозачаточных средств для всех людей уменьшит число аборт.

Клиторотомия

Клиторотомия, которая в различных странах иногда называется также «женским обрезанием», «фараоновым обрезанием», «ритуальным обрезанием» или другими местными терминами,²⁰ — это традиционная практика, которая имеет катастрофические последствия для здоровья девочек и женщин, хотя последствия для здоровья могут быть различными по своей серьезности в зависимости от характера этой процедуры. МКНР, четвертая ВКПЖ и совместное заявление ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНФПА²¹ осудили клиторотомию как нарушение прав человека, в том числе права на самый высокий достижимый уровень физического и психического здоровья, а также права на безопасность человека.²²

Согласно определению ВОЗ,²³ клиторотомия включает все процедуры, предусматривающие частичное или полное удаление внешних женских половых органов или любую другую операцию, калечащую женские половые органы. По классификации ВОЗ признаются три категории клиторо-

ВСТАВКА

15

Аборт и международное сообщество

На Международной конференции по народонаселению и развитию в пункте 8.25 Программы действий МКНР международное сообщество согласовало общую позицию в отношении аборт:

«8.25. В любом случае аборт не следует поощрять как один из методов планирования семьи. Всем правительствам и соответствующим неправительственным и неправительственным организациям настоятельно предлагается придавать более важное значение охране здоровья женщин, заниматься проблемой воздействия на здоровье аборт, производимых в неадекватных условиях*, как одной из основных проблем здравоохранения, и сокращать прибежание к аборт путем расширения и совершенствования услуг в области планирования семьи. Предотвращению нежелательных беременностей должно всегда уделяться первоочередное внимание, и следует прилагать все усилия в целях устранения потребностей в аборт. Женщинам, которые имеют нежелательную беременность, следует обеспечивать беспрепятственный доступ к надежной информации и сострадательному консультированию. Любые меры или изменения в отношении аборт в рамках системы здравоохранения можно осуществлять на национальном и местном уровне лишь в соответствии с национальным законодательством. В случаях, в которых аборт не противоречит закону, его следует производить в адекватных условиях. Во всех случаях женщинам следует обеспечивать доступ к качественным услугам для устранения осложнений, связанных с аборт. После аборт следует своевременно предоставлять услуги по консультированию, просвещению и планированию семьи, что поможет также избежать повторных аборт».

Четвертая Всемирная конференция по положению женщин подтвердила это положение и рекомендовала, чтобы страны пересмотрели закон, предусматривающий меры наказания в отношении женщин, совершивших незаконные аборт». Принудительные аборт недвусмысленно признаны одним из нарушений основных прав и принципов.

*Аборт, производимые в неадекватных условиях, определяются как процедура прекращения нежелательной беременности лицами, у которых нет соответствующей квалификации, или же в условиях, не отвечающих минимальным медицинским стандартам, или в обоих случаях (WHO/MSM/92.5).

томии, различающиеся по степени тяжести: I) удаление окружающей ткани (крайней плоти) и иногда всего клитора или его части; II) удаление клитора и частичное или полное удаление малых половых губ; III) удаление клитора, полное или частичное удаление малых половых губ и рассечение больших половых губ, которые затем зашиваются или скрепляются вместе таким образом, что они закрывают почти весь мочеиспускательный канал и вход во влагалище (такой тип клиторотомии называется «инфубуляцией»). Еще одна категория включает в число операций, охватываемых основным определением клиторотомии, следующее: прокалывание или срезание клитора и/или половых губ; сскабливание ткани вокруг входа во влагалище и/или нанесение порезов на влагалище, а также введение различных веществ или трав во влагалище с целью добиться его сужения.

Согласно оценкам, более 120 млн. живущих ныне женщин перенесли ту или иную форму клиторотомии, и по крайней мере 2 млн. девочек в год могут подвергнуться этой операции. Эта практика применяется многими этническими группами—от восточного до западного побережья Африки, в южных частях Аравийского полуострова, на побережье Персидского залива, а также в среде мигрантов, переселившихся из этих районов в Европу, Австралию и Северную Америку. Имеются сообщения о том, что эта практика существует у некоторых меньшинств в Индии, Малайзии и Индонезии. По мнению специалистов, около 80 процентов пострадавших таким образом женщин перенесли операцию по удалению клитора и малых половых губ. Инфубуляция широко распространена в Сомали, Северном Судане и Джибути, где на нее приходится вплоть до 80–90 процентов операций такого рода²⁴ и где процент осложнений соответственно выше.

Клиторотомия обычно производится народными знахарками, которые применяют самые различные режущие инструменты—от кусочков стекла до скальпелей и специальных ножей, которые часто используются повторно без стерилизации. Анестезирующие и антисептические препараты обычно не применяются, и на раны накладываются различные вещества, чтобы остановить кровотечение. Непреднамеренное нанесение вреда часто является следствием антисанитарных условий или конвульсивных движений девочек и женщин во время операции. Все чаще ее проводят подготовленные медицинские работники, поскольку считается, что это более гигиенично. Однако ВОЗ решительно осуждает участие медицинских работников в проведении клиторотомии.²⁵

В зависимости от этнической группы и географического места эту процедуру производят в различном возрасте. Иногда эту операцию делают еще младенцам, чаще делают девочкам в возрасте от 4 до 10 лет, но также и подросткам, а подчас только при вступлении в брак или в период первой беременности. В большинстве регионов, где существует эта практика, мужчины могут отказаться жениться на женщине, которая не прошла через

В совместном заявлении трех учреждений ООН в связи с обрезанием у женщин отмечается:

«Все общества имеют нормы ухода и поведения, в основе которых лежат возраст, пол и социальная принадлежность. Эти «нормы», которые часто называют традиционной практикой, вытекают из социальных и культурных целей или же эмпирических наблюдений, связанных с благосостоянием отдельных лиц или общества. Традиционная практика может быть полезной, вредной или же безвредной. Традиционная практика может оказывать пагубное воздействие на здоровье, и часто эта практика неблагоприятно сказывается на детях женского пола, отношениях между мужчиной и женщиной, браке и половой жизни».

«В настоящем заявлении не преследуется цель подвергнуть что-либо критике или осуждению. Однако недопустимо, что международное сообщество продолжает пассивно относиться к искаженному пониманию многообразия культур. Модели поведения людей и культурные ценности, какими бы бессмысленными или разрушительными они не казались с личной и культурной точки зрения других людей, имеют значение и выполняют определенную функцию для тех, кто руководствуется ими. Однако культура не статична: она постоянно развивается, адаптируется и изменяется. Люди изменяют свое поведение, когда они осознают опасности и унижения, связанные с применением вредной практики, и поймут, что можно отказаться от нее, сохранив при этом имеющие важное значения аспекты своей культуры».

Источник: World Health Organization. 1996. *Female Genital Mutilation: A Joint WHO-UNICEF/UNFPA Statement*. Geneva: World Health Organization.

клиторотомии. Взрослые женщины испытывают давление, направленное на то, чтобы вынудить их совершить эту операцию, цель которой—обеспечить статус, создаваемый браком и деторождением, и продемонстрировать единство мировоззрения с семьей и обществом. А у молодых женщин и девочек вообще нет выбора.

Международные усилия по борьбе с клиторотомией в странах, где существует эта практика, пользуются поддержкой женских и медицинских организаций, а также поддержкой правительств и международного сообщества. Международная конференция по народонаселению и развитию пришла к выводу, что клиторотомия является нарушением прав человека и создает угрозу для женского здоровья в течение всей жизни, а также настоятельно призвала правительства запретить клиторотомии.

Некоторые специалисты усматривают наличие связи с более глубокими социально-экономическими явлениями. Они отмечают, что усиление нищеты в Африке заставило африканское общество сделать вывод о том, что в основе его проблем лежит «модернизация», и это привело к тому, что население возражает против любых изменений. В том числе изменений таких традиций, как клиторотомия. По мнению некоторых экстремистов, движение против клиторотомии является одной из форм культурного империализма, а репродуктивные и сексуальные последствия клиторотомии для женщин преуменьшаются.²⁶

Последствия клиторотомии для здоровья женщин

Клиторотомия имеет как краткосрочные, так и долгосрочные последствия для здоровья. Масштабы и продолжительность этих последствий зависят от размеров обрезанной плоти и навыков того, кто делает обрезание, а также от характера инструментов и условий и физического состояния девушки или женщины. Имеется больше информации о физических последствиях, чем последствиях для психического или сексуального здоровья. Что касается краткосрочных последствий, то они включают в себя ощущение боли, повреждение ткани, сильное кровотечение (может иметь угрожающие последствия для жизни), шок, задержку в мочеиспускании, переломы или смещения (когда девочка или женщина оказывает сопротивление), инфекцию (в зависимости от чистоты используемых инструментов, налагаемых на раны средств, и перевязочных материалов для ног и поверхностей), а также незаживаемость ран. Долгосрочные осложнения могут включать в себя трудности мочеиспускания, воспаление мочевых путей, бесплодие (в результате глубоких инфекций), рубцевание раны, трудное прохождение менструации, формирование фистулы, (образование отверстий или туннелей между влагалищем и мочевым пузырем или прямой кишкой), боли при половом акте, нарушение половой функции, а также проблемы, возникающие во время беременности и родов (необходимость разрезания влагалища для прохождения плода и связанная с этим травма, после чего необходимо повторно накладывать швы).

Кампания по ликвидации практики обрезания у женщин с учетом культурных особенностей

Обрезание у женщин по-прежнему является очень важным и деликатным вопросом, особенно там, где эта практика глубоко укоренилась в культуре общин. В районе Капчорва в Уганде предпринимавшиеся ранее попытки покончить с этой практикой не увенчались успехом. Предпринятая инициатива, учитывающая культурные особенности, в которой основной упор делается на влиятельные группы в общинах, оказалась более успешной. Начиная с 1995 года члены собрания старейшин и руководители кланов изучали вредные последствия этой практики как с социальной и культурной точек зрения, так и в плане охраны репродуктивного здоровья. Результатом этого процесса стало начало осуществления в январе 1996 года программы, охватывающей такие аспекты, как репродуктивное здоровье, просвещение и жизнь общин.

В рамках этой программы прилагаются активные усилия, направленные на разъяснение необходимости отказа от этой практики среди лиц, занимающих руководящие должности, работников сферы здравоохранения, родителей и подростков. В программе подчеркивается, что культурные ценности общины отличаются от культурной практики и что практика может изменяться, а традиционные ценности могут сохраниться. Проводились церемонии, посвященные вступлению подростков во взрослую жизнь, на которых организовывались танцы и празднования, которые часто сопровождают обряд обрезания, однако процедуру обрезания заменила процедура вручения подарков.

Программа уже дала свои результаты. Сообщается, что в период с 1994 по 1996 год число девушек и женщин, которым было сделано обрезание, сократилось в восточной части Уганды на 36 процентов. Собрание старейшин, руководителей кланов, группы женщин и подростки пришли к договоренности отказаться от обряда обрезания, что является важной мерой в борьбе, направленной на ликвидацию этой практики. В рамках оказываемых общинам услуг эта программа предлагает комплекс мер в области репродуктивного здоровья, включая подготовку традиционных акушерок и обеспечение их необходимыми предметами медицинского назначения, а также услуги в области планирования семьи и репродуктивного здоровья.

Эта практика имеет глубокие корни: одно из исследований в Судане²⁷ показало, что почти 90 процентов женщин перенесли эту операцию, при этом почти три четверти женщин были инфибулированы. Кроме того, около 90 процентов обследованных женщин либо отдали своих дочерей для проведения клиторотомии, либо были намерены подвергнуть этой операции всех своих дочерей. Из этих женщин лишь немногим более одной пятой части предпочитают менее радикальные процедуры (тип I). Более образованные женщины чаще возражают против того, чтобы их дочери перенесли эту операцию. Образование мужа также влияет на отношение женщин, однако уровень образования самой женщины является более важным фактором.

Несколько неправительственных организаций стремятся повысить осознание того, что необходимо покончить с клиторотомией. Одна из этих организаций—Межафриканский комитет по традиционной практике, влияющей на здоровье женщин и детей,—создала национальные комитеты в 23 странах. Этот Комитет, основанный в 1984 году, организует симпозиумы, семинары, учебные курсы для медицинских сестер и народных акушерок, информационные кампании, а также исследования и обзоры по различным аспектам традиционной практики и ее последствиям для здоровья женщин и детей. Кенийская женская организация «Манделео я ванаваке» разработала программы для местного населения, нацеленные на сокращение частотности клиторотомии. В Уганде в рамках программы в области репродуктивного здоровья, просвещения и здравоохранения проводится кампания, учитывающая особенности местной культуры, с целью показать, что обычаи могут изменяться таким образом, что при этом не наносится ущерба национальным ценностям.

Сложившиеся представления и обычаи, связанные с клиторотомией, видимо, свидетельствуют о желании держать под контролем сексуальный опыт женщины и закреплять установленное распределение ролей мужчин и женщин. Они показывают, что половое удовлетворение мужчины важнее, чем половое удовлетворение женщины (хотя это подчас ставит под угрозу репродуктивную роль женщины), и свидетельствуют о том, что мужчины занимают весьма двусмысленную позицию в отношении сексуальных потребностей и интересов женщин.

Для того чтобы усилия по ликвидации клиторотомии стали успешными, необходимо проявлять большой такт, поскольку здесь речь идет о глубоко укоренившихся культурных традициях. Необходимо заручиться поддержкой и пониманием лидеров общины, в том числе женщин, которые сами перенесли эту операцию. Клиторотомия является одной из многих культурных традиций, некоторые из которых полезны для здоровья. К таким традициям относятся половое воздержание до вступления в брак, длительное грудное кормление, половое воздержание в послеродовой период и другие методы увеличения интервалов между

деторождениями. Верность традициям и групповая солидарность могут закрепить обычаи, которые приносят прямую пользу семьям и обществу, и в то же время могут обеспечить противодействие тем обычаям, которые физически травмируют и унижают достоинство женщин.

Для искоренения клиторотомии потребуются следующие:²⁶

- ужесточение существующих законов, запрещающих эту практику;
- обновление законодательства и просветительская деятельность;
- разъяснительная работа среди местного населения, направленная в первую очередь на работу с мужчинами;
- совместное обучение и координация деятельности с работниками здравоохранения;
- участие лидеров общины;— работа с иммигрантами и беженцами;
- проведение исследований, учитывающих особенности культуры.

Необходимо также, чтобы руководители на всех уровнях решительно осудили клиторотомию.

Службы охраны репродуктивного здоровья

Несмотря на то, что за последние двадцать лет достигнут значительный прогресс, в большинстве стран еще далеко до осуществления права на репродуктивное здоровье. Этот тезис подтверждается международной поддержкой концепции репродуктивных прав на Международной конференции по народонаселению и развитию и четвертой Всемирной конференции по положению женщин.

Забота на протяжении всей жизни

Как женщины, так и мужчины должны заботиться о репродуктивном здоровье на протяжении всей жизни. Селективные аборт с целью выбора пола ребенка уже осуждены, но все еще применяются, поскольку родители предпочитают иметь мальчиков, и этим также объясняется дискриминация, которой подвергаются как младенцы, так и дети женского пола. Вопросы воспитания и соответствующей заботы о здоровье актуальны как в детстве, так и в подростковом возрасте, и они остаются актуальными в репродуктивные годы, когда встают такие вопросы, как планирование семьи, болезни, передаваемые половым путем, инфекции половых путей, правильное питание, уход в период беременности и социальный статус женщины; эти же вопросы остаются актуальными и в пожилом возрасте, когда на первый план выходят болезни сердца, остеопороз, являющийся результатом нехватки эстрогена, и социальная роль пожилых женщин в

ВСТАВКА

19

Компоненты охраны репродуктивного здоровья

Из Программы действий МКНР:

«7.2. ... 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».

«7.6. ... Охрана репродуктивного здоровья в контексте первичной медико-санитарной помощи должна, среди прочего, предусматривать: консультации, информацию, просвещение, связь и услуги в области планирования семьи; просвещение и услуги в области медицинского обслуживания беременных, обеспечения нормального течения родов и послеродового ухода, особенно грудного кормления, и охраны здоровья матери и ребенка; предупреждение и лечение бесплодия; ... предупреждение абортов и устранение последствий абортов; лечение инфекций половых путей, заболеваний, передаваемых половым путем, и других симптомов, связанных с репродуктивным здоровьем; и в соответствующих случаях информацию, просвещение и консультации по вопросам, касающимся проявления сексуальности, репродуктивного здоровья и ответственного отношения к выполнению родительских функций.

При необходимости всегда должна предоставляться возможность обращения к услугам специалистов в области планирования семьи и для уточнения диагноза и лечения в случаях осложнений, связанных с протеканием беременности, родами и абортами, бесплодием, инфекцией половых путей, раком груди и раком репродуктивной системы, заболеваниями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ/СПИД. Кроме того, неотъемлемым компонентом системы первичной медико-санитарной помощи, включая программы в области охраны репродуктивного здоровья, должны стать активные меры, направленные на недопущение таких видов пагубной практики, как калечащие операции на наружных половых органах женщин».

распространении информации и установлении правил поведения. Мужские проблемы возникают в подростковом возрасте, когда отношение к противоположному полу и взгляды на половую жизнь часто определяются на всю жизнь, вплоть до пожилого возраста, когда мужчины часто являются старейшинами и когда именно они устанавливают правила. Мужчины должны рано знакомиться с концепциями сексуальной ответственности в целях содействия сексуальному здоровью и правильному поведению в семье, а женщины нуждаются в защите от дискриминации и практических шагах по обеспечению равенства. Как женщины, так и мужчины нуждаются в охране репродуктивного здоровья с учетом их возраста и положения.

Женщины часто добиваются медицинского обслуживания только тогда, когда ими начинают заниматься службы охраны здоровья матери и ребенка. Обычно эти службы уделяют основное внимание здоровью ребенка и занимаются лишь ограниченным кругом медицинских потребностей женщины. В большинстве случаев полностью игнорируются молодые незамужние женщины, женщины, страдающие от инфекций половых путей и бесплодия, а также женщины, миновавшие детородный возраст. Долгосрочные проблемы репродуктивного здоровья женщин часто являются следст-

вием отсутствия медицинского обслуживания в те годы, когда они были младенцами, детьми и подростками. Например, у мальчиков больше шансов быть госпитализированными в целях лечения от недоедания, выражающегося в нехватке протеинов, хотя это состояние чаще встречается у девочек, которые чаще оказываются лишенными питательных продуктов.

У подростков есть особые потребности, связанные с охраной репродуктивного здоровья. В частности, они должны иметь доступ к информации и услугам, которые необходимы им для того, чтобы осуществлять свои репродуктивные права с чувством ответственности. У родителей также есть свои функции и обязанности. Например, они не должны наносить ущерба репродуктивному и сексуальному здоровью и потенциалу детей.

ВСТАВКА 20

Всеобъемлющие услуги для палестинских женщин

Лишь в нескольких из 80 медицинских учреждений в секторе Газа оказываются услуги в области репродуктивного здоровья. В 1995 году ни одно из медицинских учреждений не занималось вопросами планирования семьи. В ходе проведения в 1992 году обзора было установлено, что 30 процентов беременных женщин не имеют доступа к адекватному обслуживанию в дородовой период. Согласно сообщению израильского министерства здравоохранения, более половины родов проходили без участия квалифицированных повитух. Медицинское наблюдение в послеродовой период велось лишь за 17-30 процентами женщин. Практически не проводилось обследований на выявление рака молочной железы и шейки матки.

В декабре 1995 года при поддержке ЮНФПА в лагере беженцев «Аль-Бурейдж» между Газой и Хан-Юнис был создан Центр здоровья женщин. В рамках проекта, в основе деятельности которого лежит всеобъемлющий подход к обеспечению благополучия женщин, предоставляются услуги в области репродуктивного здоровья, которые не оказывались ранее, включая уход в дородовой и послеродовой периоды, роды с участием квалифицированного персонала и планирование семьи, а также социальная помощь, правовые консультации (например, в случае разводов), психиатрическая поддержка и программы просвещения общин и физической подготовки.

Одна из регулярных клиенток Центра говорит: «Если метод планирования семьи не подходит для нас, доктор порекомендует другой, расскажет, как пользоваться им, будет работать с нами до тех пор, пока проблема не будет решена».

В настоящее время число регулярных посетительниц Центра составляет 2200 человек. Перевозка женщин, проживающих в отдаленных районах, осуществляется бесплатно, а кроме того работники Центра ежемесячно посещают 10-15 беременных женщин на дому.

Палестинская НПО «Ассоциация культуры и свободной мысли» в сотрудничестве с итальянской Ассоциацией участия женщин в процессе развития оказывает поддержку в осуществлении мероприятий Центра.

В Центре еженедельно организуются лекции по таким темам, как курение, аборт, кормление грудью, анемия, насилие в семье, консерватизм общества, менопауза, просвещение по половым вопросам (как для женщин, так и для мужчин), послеродовая депрессия, право на роды, женщины и развод, наследование и приданое. Кроме того, с девочками-подростками в Центре в конфиденциальной обстановке обсуждаются такие традиционно являющиеся табу вопросы, как кровосмешение и изнасилования.

Источник: Manal Jamal. 1997. «By Women, For Women: Comprehensive Services for Palestinian Refugees». *Populi* 24(1): 8-10.

Комплексные программы здравоохранения: Всестороннее удовлетворение потребностей человека

За последние два десятилетия доступ к первичному медико-санитарному обслуживанию расширился. Даже в период экономического застоя 80-х годов во многих странах Африки, Северной и Южной Америки и Азии был отмечен прогресс.²⁹ Благодаря тому, что первоочередной задачей стало обеспечение первичного медико-санитарного обслуживания, что было согласовано на Алма-Атинской конференции 1978 года под лозунгом «Здоровье для всех» и включено в Программу действий МКНР, жизнь многих народов мира стала более продолжительной и здоровой. Продолжительность жизни мужчин и женщин в менее развитых регионах увеличилась с 55,7 и 57,8 лет, соответственно, в конце 70-х годов до 62,1 и 65,2 лет сегодня.³⁰

Однако для того, чтобы гарантировать осуществление права на здоровье в развивающихся странах, нужна не просто изобретательность: необходимо удовлетворить огромные и постоянно растущие потребности с помощью имеющихся ресурсов.³¹ Бюджеты первичного медико-санитарного обслуживания отстают от потребностей. Вследствие роста численности населения расходы на одного человека в рамках государственных программ за последнее десятилетие уменьшились.³² В самых бедных странах бюджеты оказались еще более ограниченными, поскольку надо было осуществлять программы «структурной перестройки», нацеленные на уменьшение государственных расходов. Это привело к тому, что в последнее время в некоторых из этих стран, особенно в африканских странах, расположенных к югу от Сахары, продолжительность жизни уменьшилась. Состояние здравоохранения в странах с переходной экономикой также ухудшилось, и медицинское обслуживание стало менее доступным, что имело аналогичные последствия для продолжительности жизни. Эти изменения отразились прежде всего на бедных слоях населения, особенно на женщинах и детях.

Сокращение бюджетов в период роста потребностей создало необходимость снизить стоимость программ здравоохранения в государственном секторе, сохранив при этом качество. Для долгосрочного поддержания программ в области здравоохранения необходимо правильное соотношение источников финансирования, включая центральный бюджет, средства местных органов власти и общины, частный сектор, неправительственные организации и потребителей. Критические оценки программ здравоохранения в Латинской Америке, где социальные расходы на душу населения выше, чем в Восточной Азии, но гораздо менее эффективны, указывают на неэффективность и коррупцию в государственном секторе. Однако во многих странах нет достаточно сильных частных или неправительственных организаций, которые могли бы взять на себя бремя социального инвестирования.³³

Одна из важнейших реформ в области здравоохранения заключается в том, чтобы включить одноцелевые, то есть «вертикальные», программы в структуру первичного медико-санитарного обслуживания, так чтобы можно было оказывать целый комплекс услуг в одном учреждении. Определенные успехи были достигнуты в деле интеграции, охраны материнского здоровья, иммунизации и педиатрии, но лишь ограниченные результаты были достигнуты при реализации других программ, касающихся, например, профилактики болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ, а также планирования семьи. Сейчас только начинают предприниматься попытки сочетать административную реформу с изменением практики здравоохранения в сторону обеспечения более целостного подхода к охране здоровья, и эти усилия предпринимаются по инициативе неправительственных организаций.

Административная интеграция повышает приоритетность и значимость репродуктивного здоровья. Комплексное обслуживание дает больше возможностей для развития карьеры, что привлекает к себе более умелых менеджеров, а они, в свою очередь, укрепляют связи с другими учреждениями, в которые можно направить пациентов в случае необходимости.

Интеграция должна приводить к расширению круга услуг, которые предоставляются более значительным числом учреждений в более удобное время. Такая система дает возможность всесторонне оценить состояние больного, включая семейные или личные обстоятельства, которые могут иметь значение для ухода или лечения.

Комплексная охрана репродуктивного здоровья

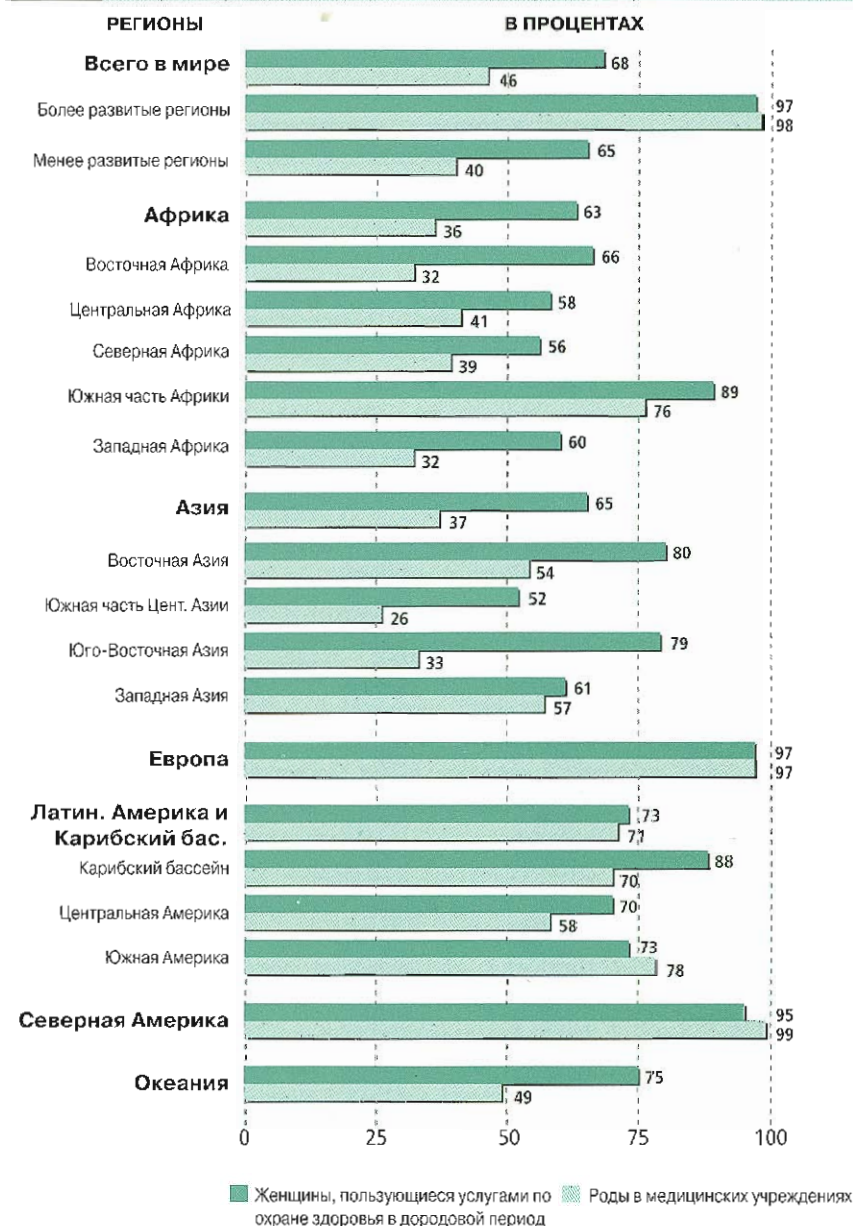
Комплексный подход имеет большое значение для повышения качества охраны репродуктивного здоровья, однако обеспечение качественного обслуживания на такой широкой основе будет нелегким делом для развивающихся стран с их ограниченными бюджетами здравоохранения и кадровыми возможностями. Для этого необходимо будет сконцентрировать ресурсы, перенести акцент в области здравоохранения на обеспечение комплексного первичного медико-санитарного обслуживания, сделать приоритетными обучение персонала и развитие карьеры, а также творчески использовать все имеющиеся средства для обслуживания населения, с тем чтобы получить максимальную отдачу от ограниченных кадровых и финансовых ресурсов. Тем не менее появляется все больше свидетельств того, что многие страны готовы сделать такие инвестиции в свое будущее.

Более широкое использование услуг комплексной системы охраны здоровья матери и ребенка и планирования семьи привело к более активному применению современных противозачаточных средств. Например, в Марокко влияние комплексной охраны здоровья (хотя эта система сформировалась лишь частично) на планирование семьи было относительно незначительным, однако повышение качества обслуживания может привести к более интенсивному использованию этих служб и в то же время к более быстрому прогрессу в улучшении состояния здоровья матери и ребенка.¹⁴

Комплексная охрана репродуктивного здоровья женщин—это вопрос, который не сводится лишь к созданию системы медицинских учреждений. Многие женщины мало знают о своей физиологии, причинах болезней и возможных симпто-

РИСУНОК
5

Услуги по охране здоровья в дородовой период и роды в медицинских учреждениях



Источник: World Health Organization. 1996. Coverage of Maternity Care: A Tabulation of Available Information. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Programme. WHO/RHT/MSM/96.28.

мах, свидетельствующих об опасности. Они часто придерживаются распространенной точки зрения, согласно которой их здоровье не имеет большого значения; они могут просто переносить на ногах хронические, хотя и вполне излечимые болезни; они могут также не осознавать серьезность своего положения, как это происходит с некоторыми женщинами в Зимбабве, которые больны раком шейки матки.³⁵ Некоторые болезни, передаваемые половым путем, не дают никаких симптомов в течение длительного времени, когда же симптомы появляются, они могут нести с собой клеймо позора, и их будут скрывать, а не лечить. Беременные женщины могут не обращаться своевременно за медицинской помощью в предродовой период, потому что они считают невежливым или дурным предзнаменованием признавать наличие беременности до того, как она будет достаточно длительной и очевидной.³⁶ Одна из ключевых целей комплексной охраны репродуктивного здоровья заключается в том, чтобы женщины знали свои возможности выбора и могли осуществить его. В этом смысле затронутым оказывается не только медицинское учреждение, но и общество в более широком контексте. Более образованные женщины больше знают о здоровье и более эффективно используют доступную им информацию и существующие службы; кроме того, обычно они чаще могут позволить себе обращение за медицинской помощью.

Охрана здоровья в дородовый период, родовспоможение

Система охраны здоровья матери и ребенка становится более доступной, чем раньше, но задача сделать эту систему доступной всем во всем мире оказалась сложнее, чем это можно было предположить. Для сокращения материнской смертности, с тем чтобы достичь целей, поставленных международным сообществом (уменьшить уровень 1990 года наполовину к 2000 году и вновь наполовину к 2015 году), необходимо обеспечить широкую доступность системы чрезвычайной акушерской помощи, которая занималась бы осложнениями, возникающими при родах. Кроме того, родовспоможение должно быть нормой, а не исключением.

Принятие родов квалифицированным акушерским персоналом³⁷ является практически повсеместным в промышленно развитых странах, однако в других странах ситуация самая разная: в странах Латинской Америки и Карибского бассейна показатели стоят на уровне 55-98 процентов;³⁸ в африканских странах к югу от Сахары — на уровне 2-77 процентов;³⁹ в Северной Африке и Западной Азии — на уровне 16-97 процентов.⁴⁰ Наибольшие расхождения отмечаются в Азии. В Южно-Центральной Азии обычно лишь очень незначительное число женщин получает помощь квалифицированного акушерского персонала: 6 процентов в Непале, 10 процентов в Бангладеш, 19 процентов в Пакистане, 20 процентов в Бутане и 33 процента в Индии; исключениями являются Иран (70 процентов) и Шри-

Ланка (97 процентов). Зато в большинстве стран Восточной Азии очень значительный процент женщин получает помощь квалифицированного акушерского персонала.⁴¹

Во многих странах, в том числе в некоторых промышленно развитых странах, рождение ребенка считается повседневным делом, а не чрезвычайной медицинской ситуацией, и у домашних повивальных бабок нет никакой специальной подготовки, а есть лишь опыт. Ранние симптомы медицинских осложнений могут оказаться незамеченными; при возникновении более серьезных ситуаций, требующих срочной медицинской помощи, необходимые меры не принимаются, а о тех шагах, которые необходимо предпринять для выживания ребенка в ожидании прибытия скорой медицинской помощи, никому не известно. Многие повивальные бабки не знают, как получить скорую медицинскую помощь.

Во многих медицинских учреждениях есть подготовленные акушерки, которые могут выявить проблемы, направить в медицинские учреждения женщин с ранними признаками осложнений и связаться с учреждениями скорой медицинской помощи при возникновении осложнений. Однако это не решает проблему обеспечения квалифицированного медицинского персонала, срочной доставки крови для переливания, медикаментов и оборудования. Некоторые акушерки не любят вмешательства медицинских учреждений; женщины в сельской местности и женщины, живущие в нищете, — которым в наибольшей степени грозит смерть во время родов, — могут послушаться именно их советов вместо того, чтобы обращаться за медицинской помощью. Как матери, так и акушерки, а также медицинские учреждения должны знать свои сильные и слабые стороны и должны научиться действовать сообща.

Качество медицинского обслуживания

оказывает огромное влияние на репродуктивное здоровье и поведение мужчин и женщин. Задача программ охраны репродуктивного здоровья заключается в том, чтобы обеспечить доступ к услугам с как можно более высоким качеством.⁴²

Поскольку комплексная охрана репродуктивного здоровья является относительно новой концепцией, систематизированная информация о программах планирования семьи не дополняется информацией о других аспектах репродуктивного здоровья, например, о материнской смертности и болезнях, передаваемых половым путем. В рамках многих программ различные виды услуг оказываются одним и тем же центром первичного медико-санитарного обслуживания, в результате этого недостатки, свойственные службам планирования семьи, например, отсутствие водоснабжения, электроснабжения и оборудования, — присущи всей службе. Исследования причин материнской смертности указывают также на следующие факторы: нехватка или недостаточная подготовка кад-

ров, отсутствие запасов крови для переливания, нехватка основных лекарств, включая антибиотики, и отсутствие медикаментов и оборудования.⁴³

Медицинские учреждения

Относительно небольшое число медицинских пунктов обслуживает значительную долю пациентов: вплоть до 65 процентов пациентов обращается всего в 25 процентов имеющихся медицинских пунктов. Это частично является результатов концентрации населения и пациентов: городские районы более густо заселены, и в них живут люди, которые предпочитают иметь небольшие семьи. Однако пациенты, у которых есть возможность выбора, часто предпочитают обращаться, руководствуясь не удобством, а качеством услуг, в результате чего медпункты с более высоким качеством услуг используются более интенсивно.

Невозможно установить какой-то единый международный стандарт: медицинские учреждения должны в максимальной степени соответствовать местным и национальным условиям. Важными факторами являются наличие физической инфраструктуры, оборудования, материальных средств и квалифицированного персонала.

Физическое состояние медицинских пунктов отражает то значение, которое придается медицинскому обслуживанию, и оказывает влияние на доверие к ним со стороны пациентов. Некоторые элементы имеют значение не только для внешнего вида: чистая вода, освещение и энергоснабжение, стерилизаторы для инструментов многоразового пользования и постоянное пополнение расходуемых материалов—это все вопросы здравоохранения:

проведенные в Индонезии исследования показали, что 37-89 процентов медицинских пунктов в девяти районах не имели водопровода;⁴⁴ адекватное водоснабжение (не обязательно с помощью водопровода) имели 83,2 процента процедурных кабинетов в Пакистане, но лишь 48,4 процента процедурных кабинетов имели освещение и содержались в чистоте;⁴⁵

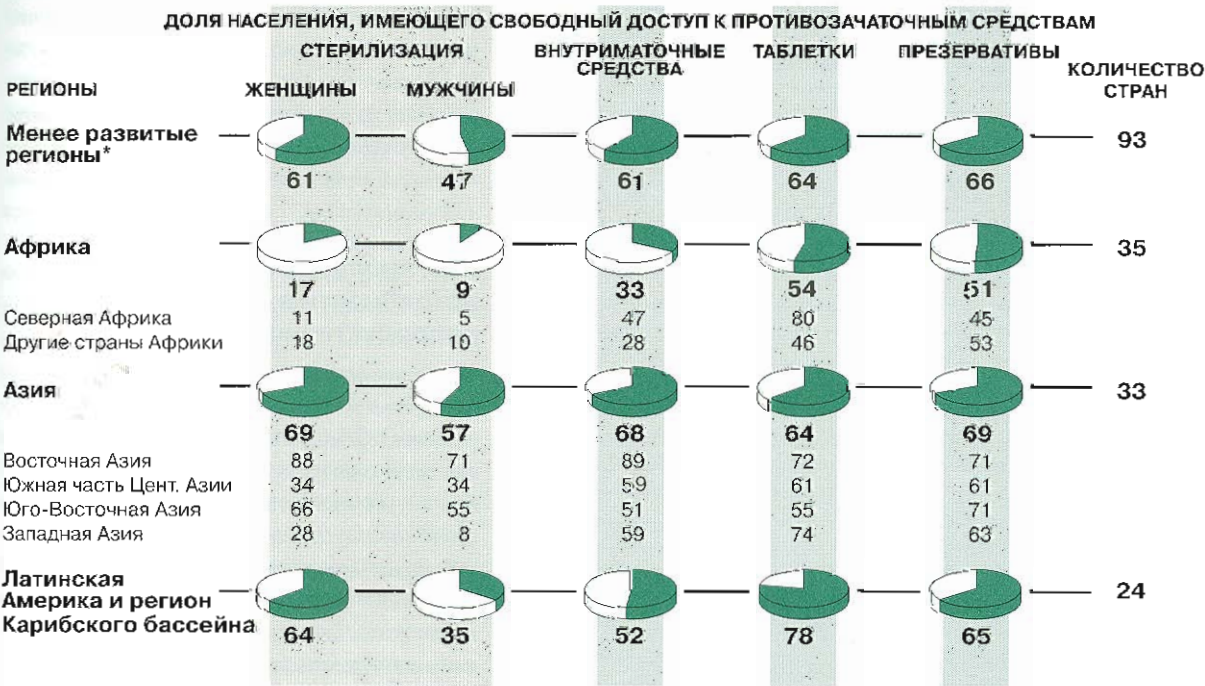
исследования, проведенные в африканских странах, расположенных к югу от Сахары, показали, что более трети медицинских пунктов в Танзании и Зимбабве не имеют стерилизаторов, а в Гане, Нигерии и Буркина-Фасо стерилизаторов лишены 50-70 процентов медицинских пунктов: от 20 до 50 процентов медицинских пунктов в шести из восьми обследованных стран не имели приборов для измерения кровяного давления.⁴⁶

Для того, чтобы определить потребности человека или супружеской пары в услугах по охране репродуктивного здоровья, нужно добиться свободного и доверительного обмена информацией между медицинскими работниками и заинтересованными пациентами, а для этого необходимо гарантировать конфиденциальность как в ходе медицинского осмотра, так и во время консультирования. В Пакистане конфиденциальность обеспечивается почти в 80 процентах процедурных кабинетов, но лишь в 31 проценте кабинетов врачей.⁴⁷ Пациенты имеют очень мало времени для консультирования с врачами, особенно в перегруженных государственных поликлиниках. Обсуждение часто ограничивается обменом информацией, необходимой

Задача программ в области репродуктивного здоровья заключается в том, чтобы обеспечить доступ к услугам максимально высокого качества.

РИСУНОК 6

Доступ к противозачаточным средствам, 1994 год



Источник: United Nations. 1996. World Population Monitoring (Draft.)
*Включая одну страну в Океании.

врачу; общее состояние здоровья, другие возможные варианты лечения, побочные эффекты и условия жизни пациента, связанные с проблемой его здоровья, обсуждаются редко. Недавно проведенное исследование⁴⁸ показало, что пациенты, обращающиеся за советами относительно планирования семьи, часто получают более квалифицированную помощь, чем пациенты, которые обращаются за другой помощью в связи с охраной здоровья матери и ребенка, хотя адекватные врачебные советы получило лишь незначительное число как тех, так и других пациентов.

ВСТАВКА
21

Когда Япония отменит запрет на противозачаточные таблетки?

Отсутствие доступа к широкому комплексу методов планирования семьи является проблемой в некоторых развитых, а также развивающихся странах. В Японии, например, по-прежнему запрещены противозачаточные таблетки. Запрещены также медикаментозные медные внутриматочные средства, которые в других странах оказались более безопасными, чем немедикаментозные внутриматочные средства, одобренные для использования в Японии.

Японским врачам разрешается выдавать таблетки лишь в поликлиниках или больницах и исключительно в лечебных целях, а не для целей планирования семьи. Критики такой политики заявляют, что благодаря ей увеличивается число аборт. Япония—это единственная развитая страна, в которой по-прежнему запрещены противозачаточные таблетки. Единственное пероральное противозачаточное средство, которое врачи могут рекомендовать своим пациентам—это таблетки со средним и высоким содержанием гормонов, которые оказались более опасными, чем таблетки с низким содержанием гормонов. В настоящее время таблетки с высоким содержанием гормонов потребляют приблизительно 200 000 японских женщин.

«Что касается репродуктивного здоровья, то Япония—это страна противоречий»,—говорит директор клиники Центра репродуктивного здоровья Японской ассоциации планирования семьи (ЯАПС) доктор Кунио Китакура. В течение нескольких десятилетий Федерация планирования семьи Японии (ФПСЯ) и Японское общество акушеров и гинекологов пытаются убедить Министерство здравоохранения перейти на более безопасные таблетки для женщин и предоставить женщинам и супружеским парам современную точную информацию о здоровых методах контрацепции.

Планировавшееся ранее Министерством здравоохранения решение отменить запрет было пересмотрено в 1992 году, когда Министерство заявило, что в результате расширения использования противозачаточных средств сократится использование презервативов, что приведет к увеличению числа инфекций ВИЧ. Однако Ассоциация гинекологов, ЯАПС и ФПСЯ указывают на различные исследования, демонстрирующие, что между количеством инфекций ВИЧ и наличием противозачаточных таблеток нет никакой связи.

Согласно подсчету, проведенному Организацией Объединенных Наций в 1994 году («World Population Monitoring, 1996»), на презервативы приходится три четверти всех противозачаточных средств в Японии; это самый высокий показатель в мире.

Исследования показывают, что лишь 35 процентов беременностей в Японии являются желательными, 35—неожиданными, 3 процента—нежелательными и 27 процентов беременностей прерывается. По подсчетам исследователей, соотношение аборт, которые делают незамужние женщины, и беременностей, результатом которых является рождение ребенка, значительно выше. Исследования показывают, что нежелательная беременность, как правило, является результатом неэффективности презервативов или, что чаще, отказом пользоваться любыми противозачаточными средствами.

В феврале 1997 года шесть НПО, включая ЯАПС, Японское общество акушеров и гинекологов и Японское общество по проблемам болезней, передаваемых половым путем, завершили подготовку комплекса руководящих принципов по противозачаточным таблеткам, с тем чтобы предоставить врачам информацию до того, когда будет выдана лицензия на эти средства. Следует надеяться, что эта мера может способствовать ускорению отмены запрета.

Обучение персонала, контроль и подотчетность

Для обеспечения качества медицинского обслуживания нужно также, чтобы был адекватный контроль за работой медицинского персонала. Имеющаяся информация говорит о том, что во многих местах посещения медицинских учреждений с целью проверки производятся нечасто, и они редко предусматривают наблюдение за характером общения между врачом и пациентом. Необходимо срочно обеспечить более строгий контроль, чтобы добиться повышения качества обслуживания.

Обеспечение подотчетности медицинских учреждений пациентам также ускорит положительные сдвиги. В хорошо работающих учреждениях мнением пациента интересуются и руководствуются. Качество обслуживания повышается, пациенты более высоко оценивают работу медицинского персонала, и повышается вероятность того, что эти пациенты будут и в дальнейшем обращаться в это же медицинское учреждение.⁴⁹ Если же не будет этого взаимного общения, то неудовлетворенные пациенты будут обращаться в частные поликлиники или в другие государственные учреждения. Люди, у которых нет возможностей найти замену низкокачественным государственным медицинским учреждениям, просто прекратят посещать их.

Пол медицинского работника также может повлиять на частотность обращения женщин в медицинские учреждения и на качество медицинской помощи. В некоторых странах женщины не хотят, чтобы их осматривали врачи-мужчины, а врач-мужчина может отказаться дотрагиваться до женщины без прямого разрешения ее мужа. В некоторых случаях женщина может неохотно общаться с мужчиной за пределами своей семьи, даже если этот мужчина—врач и даже если речь идет о необходимости экстренной медицинской помощи.⁵⁰ С другой стороны, может оказаться, что трудно найти женщин-врачей, особенно за пределами больших городов. В результате оказывается, что диагностированием и лечением женщин занимаются акушерки или медицинские сестры, которые, возможно, не имеют достаточной квалификации.

Реагирование на потребности в области охраны репродуктивного здоровья

От планирования семьи к охране репродуктивного здоровья можно перейти только в том случае, если заинтересованные в этом мужчины и женщины смогут совместно обсудить свои обстоятельства и потребности—свое отношение к рождению детей, состояние здоровья, свои культурные традиции, свое мироощущение на данном жизненном этапе, свою склонность к применению тех или иных противозачаточных средств и свое отношение к побочным эффектам этих средств.

Внутри одного и того же региона и между регионами существуют огромные различия в отношении предпочтения того или иного противозача-

точного средства. Некоторые из этих различий в определенной степени обусловлены культурными традициями (например, редкое обращение к стерилизации в Африке и Западной Азии и широкое применение презервативов в Японии). Предпочтения, отдаваемые в рамках той или иной программы, или мнение врача также играют определенную роль в некоторых странах.

Медицинский персонал должен предоставить информацию, касающуюся, например, побочных эффектов и противопоказаний (в частности, когда речь идет о применении противозачаточных таблеток в период кормления грудью или о применении внутриматочных противозачаточных средств при наличии болезней, передаваемых половым путем), и обязан давать объективные рекомендации. Такое обсуждение обязательно должно быть длительным, хотя для установления контакта с пациентами (особенно с новыми) необходимо выделить определенное время и проявить внимание.

К сожалению, имеется мало систематизированной информации о длительности общения с пациентами, хотя первые визиты обычно длятся дольше, чем повторные.⁵¹ Новых пациентов нечасто спрашивают, обсуждают ли они вопросы планирования семьи со своими супругами или партнерами. Их сексуальное поведение и поведение их партнеров редко становятся предметом обсуждения, поскольку это ставит врача в неловкое положение, даже если пациенты одобряют такое обсуждение, которое дает им возможность оценить опасность и получить рекомендации.⁵²

Откровенный рассказ о побочных эффектах может уменьшить опасения и недопонимание и может также помочь новым пациентам выбрать такой метод, который они считают самым подходящим для себя, однако такая откровенность достигается редко. Анализ целого ряда ситуаций в африканских странах, расположенных к югу от Сахары, показал, что люди, впервые начинающие пользоваться противозачаточными средствами, получали информацию о побочных эффектах только в 25-54 процентах случаев. В Индонезии также выявлены большие различия в подходе к обсуждению возможных побочных эффектов (от 9 до 63 процентов в различных районах).⁵³

То же самое касается информации о принципах действия того или иного метода, о его эффективности и о том, каких методов следует избегать. Например, при наличии инфекций половых путей не следует рекомендовать применение внутриматочных противозачаточных средств. В то же время ограниченные по своим масштабам исследования в Африке, Азии и Латинской Америке показали, что новым пациентам довольно редко задают вопрос, есть ли у них какие-либо симптомы инфекций половых путей. Иногда им задавали вопросы об аномальных выделениях (от 7 до 45 процентов пациентов) или о болях в тазовой области (21-52 процента пациентов), но далеко не всегда спрашивали и то и другое.

Вопросы врача не всегда носят всеобъемлющий характер. В Гане почти 84 процента пациен-

тов отвечали на вопросы об их предпочтениях в области деторождения (интервалы между рождениями детей или ограничение рождаемости), и инициатором такого обсуждения практически с одинаковой частотой были как врачи, так и сами пациенты. Однако только 44 процентам пациентов задавали вопрос о желательном количестве детей, и 46 процентам пациентов задавали вопрос об их познаниях в области планирования семьи. Только 39 процентам пациентов задавали вопрос о том, применяли ли они раньше какие-либо средства ограничения рождаемости. Лишь менее половине пациентов задавали вопрос, какое противозачаточное средство они предпочитают; половина пациентов сами говорили, какое противозачаточное средство они предпочитают, прежде чем этот вопрос был задан врачом. Хотя речь в данном случае идет о важном факторе, влияющем на решения относительно применения противозачаточных таблеток, только 36 процентам пациентов задавали вопрос, используют ли они грудное кормление.⁵⁴

Плохо подготовленный или предубежденный персонал может негативно повлиять на выбор пациента, скрывая информацию или подавая ее в искаженном виде, то есть подчеркивая или умалчивая информацию о побочных эффектах. Мнения самого врача также могут повлиять на то, что он рекомендует, и кому он это рекомендует. Альтернативные методы и возможность перехода на другие методы обсуждаются с повторно обращающимися пациентами довольно редко—часто в 50 процентах случаев или даже реже. Это вызывает особую озабоченность тогда, когда программы не дают пациентам возможность выбора между безопасными и эффективными методами; это в первую очередь касается случаев, когда потенциальные клиенты получают рекомендации относительно применения тех или иных методов в зависимости от возраста, этнической принадлежности или способности к деторождению, хотя при этом не учитываются медицинские соображения.

Абсолютно необходимо проводить работу по обучению персонала правильным методам консультирования, а также по разработке руководящих принципов и установок для проведения бесед с пациентами. Во многих странах, согласно статистике, медицинский работник не проходит переподготовку в среднем в течение пяти лет, несмотря на изменения в существующих методологиях, подходах к консультированию и в ориентации медицинской помощи, которая теперь нацеливается на обеспечение репродуктивного здоровья.

Дальнейшая работа с пациентами

Как правило, пациенты, обращавшиеся за консультациями по вопросам планирования семьи, редко и ненадолго приходят повторно в медицинское учреждение, причем чаще всего только для того, чтобы восполнить запасы. Медицинский персонал нечасто спрашивает, изменились ли намерения пациентов относительно деторождения, поэтому потребители получают мало информации или альтернативных средств. Это может иметь большое



точного средства. Некоторые из этих различий в определенной степени обусловлены культурными традициями (например, редкое обращение к стерилизации в Африке и Западной Азии и широкое применение презервативов в Японии). Предпочтения, отдаваемые в рамках той или иной программы, или мнение врача также играют определенную роль в некоторых странах.

Медицинский персонал должен предоставить информацию, касающуюся, например, побочных эффектов и противопоказаний (в частности, когда речь идет о применении противозачаточных таблеток в период кормления грудью или о применении внутриматочных противозачаточных средств при наличии болезней, передаваемых половым путем), и обязан давать объективные рекомендации. Такое обсуждение необязательно должно быть длительным, хотя для установления контакта с пациентами (особенно с новыми) необходимо выделить определенное время и проявить внимание.

К сожалению, имеется мало систематизированной информации о длительности общения с пациентами, хотя первые визиты обычно длятся дольше, чем повторные.⁵¹ Новых пациентов нечасто спрашивают, обсуждают ли они вопросы планирования семьи со своими супругами или партнерами. Их сексуальное поведение и поведение их партнеров редко становятся предметом обсуждения, поскольку это ставит врача в неловкое положение, даже если пациенты одобряют такое обсуждение, которое дает им возможность оценить опасность и получить рекомендации.⁵²

Откровенный рассказ о побочных эффектах может уменьшить опасения и недопонимание и может также помочь новым пациентам выбрать такой метод, который они считают самым подходящим для себя, однако такая откровенность достигается редко. Анализ целого ряда ситуаций в африканских странах, расположенных к югу от Сахары, показал, что люди, впервые начинающие пользоваться противозачаточными средствами, получали информацию о побочных эффектах только в 25-54 процентах случаев. В Индонезии также выявлены большие различия в подходе к обсуждению возможных побочных эффектов (от 9 до 63 процентов в различных районах).⁵³

То же самое касается информации о принципах действия того или иного метода, о его эффективности и о том, каких методов следует избегать. Например, при наличии инфекций половых путей не следует рекомендовать применение внутриматочных противозачаточных средств. В то же время ограниченные по своим масштабам исследования в Африке, Азии и Латинской Америке показали, что новым пациентам довольно редко задают вопрос, есть ли у них какие-либо симптомы инфекций половых путей. Иногда им задавали вопросы об аномальных выделениях (от 7 до 45 процентов пациентов) или о болях в тазовой области (21-52 процента пациентов), но далеко не всегда спрашивали и то и другое.

Вопросы врача не всегда носят всеобъемлющий характер. В Гане почти 84 процента пациен-

тов отвечали на вопросы об их предпочтениях в области деторождения (интервалы между рождениями детей или ограничение рождаемости), и инициатором такого обсуждения практически с одинаковой частотой были как врачи, так и сами пациенты. Однако только 44 процентам пациентов задавали вопрос о желательном количестве детей, и 46 процентам пациентов задавали вопрос об их познаниях в области планирования семьи. Только 39 процентам пациентов задавали вопрос о том, применяли ли они раньше какие-либо средства ограничения рождаемости. Лишь менее половине пациентов задавали вопрос, какое противозачаточное средство они предпочитают; половина пациентов сами говорили, какое противозачаточное средство они предпочитают, прежде чем этот вопрос был задан врачом. Хотя речь в данном случае идет о важном факторе, влияющем на решения относительно применения противозачаточных таблеток, только 36 процентам пациентов задавали вопрос, используют ли они грудное кормление.⁵⁴

Плохо подготовленный или предубежденный персонал может негативно повлиять на выбор пациента, скрывая информацию или подавая ее в искаженном виде, то есть подчеркивая или умалчивая информацию о побочных эффектах. Мнения самого врача также могут повлиять на то, что он рекомендует, и кому он это рекомендует. Альтернативные методы и возможность перехода на другие методы обсуждаются с повторно обращающимися пациентами довольно редко—часто в 50 процентах случаев или даже реже. Это вызывает особую озабоченность тогда, когда программы не дают пациентам возможность выбора между безопасными и эффективными методами; это в первую очередь касается случаев, когда потенциальные клиенты получают рекомендации относительно применения тех или иных методов в зависимости от возраста, этнической принадлежности или способности к деторождению, хотя при этом не учитываются медицинские соображения.

Абсолютно необходимо проводить работу по обучению персонала правильным методам консультирования, а также по разработке руководящих принципов и установок для проведения бесед с пациентами. Во многих странах, согласно статистике, медицинский работник не проходит переподготовку в среднем в течение пяти лет, несмотря на изменения в существующих методологиях, подходах к консультированию и в ориентации медицинской помощи, которая теперь нацеливается на обеспечение репродуктивного здоровья.

Дальнейшая работа с пациентами

Как правило, пациенты, обращавшиеся за консультациями по вопросам планирования семьи, редко и ненадолго приходят повторно в медицинское учреждение, причем чаще всего только для того, чтобы восполнить запасы. Медицинский персонал нечасто спрашивает, изменились ли намерения пациентов относительно деторождения, поэтому потребители получают мало информации или альтернативных средств. Это может иметь большое

значение для общего состояния репродуктивного здоровья—для женщин среднего возраста, которые не хотят иметь больше детей и которые могли бы воспользоваться каким-либо долговременным методом предохранения; для мужчины и женщины, которые готовы к образованию семьи, или для тех, кто нуждается в защите от болезней, передаваемых половым путем, а не только в предохранении от беременности.

Кроме того, поликлиники часто плохо оборудованы для того, чтобы продолжать работу с повторными пациентами, и поэтому им не удается установить с ними такие отношения, которые дали бы медицинским работникам больше информации о потребностях и пожеланиях пациентов в области репродуктивного здоровья. Без такой последующей работы с пациентами риск для здоровья возрастает—прежде всего в результате нежелательной беременности, но также в результате продолжения применения неправильного метода или половых контактов без применения предохраняющих средств.

Совершенствование систем хранения информации могло бы содействовать диалогу с пациентом и проведению последующей работы, но ключевым элементом является отношение самого медицинского персонала: если он заинтересован только в том, чтобы составлять списки пациентов, обращающихся по вопросам планирования семьи, он будет менее склонен находить индивидуальный подход к каждому пациенту. Если применяется более комплексный подход (который должен определяться на директивном уровне при обеспечении соответствующего обучения персонала и контроля), планирование семьи осуществляется с применением всего комплекса существующих средств охраны и укрепления репродуктивного здоровья. В этом случае пациенты больше доверяют медицинскому персоналу, а медицинский персонал, в свою очередь, затрагивает такие вопросы репродуктивного и сексуального здоровья, которые могут оказаться в тени при первом визите.

Обсуждение возможностей обращения в другие медицинские учреждения и направление в такие учреждения, включая обсуждение вопросов деторождения, не связанных с ограничением рождаемости, остается скорее исключением, чем правилом в рамках большинства программ, хотя в некоторых странах уже созданы отличные программы в области охраны репродуктивного здоровья.

Обсуждение возможностей обращения в другие медицинские учреждения и направление в такие учреждения, включая обсуждение вопросов деторождения, не связанных с ограничением рождаемости, остается скорее исключением, чем правилом в рамках большинства программ, хотя в некоторых странах уже созданы отличные программы в области охраны репродуктивного здоровья.

ВСТАВКА
22

Удовлетворение потребностей в планировании семьи в Раджастане, Индия

В рамках программы, осуществляемой в одном из беднейших штатов Индии Раджастане, используется новая стратегия, направленная на оказание помощи людям, желающим ограничить размер своих семей и регулировать продолжительность периодов между рождением детей, но не знающих, где и как получить противозачаточные средства. Разработанная Индийским институтом медицинских исследований, эта программа осуществляется Департаментом здравоохранения штата в апреле 1995 года в двух наиболее населенных районах Раджастана: Тонк и Дауса. Около 17 процентов супружеских пар, обследованных в этих районах в апреле 1995 года, заявили, что их потребности в услугах по планированию семьи не удовлетворены.

Медицинские работники на низовом уровне и акушерки провели обследование всех домашних хозяйств и зарегистрировали все подпадающие под их обследование супружеские пары и их потребности в противозачаточных средствах, а также в дородовом и послеродовом уходе. В нескольких деревнях были созданы центры репродуктивного здоровья. Имеющие соответствующие стимулы акушерки и женщины-фельдшеры предлагают своим клиентам комплекс услуг в области планирования семьи и охраны детей. Большинство супружеских пар, участвовавших в этой программе, приняли один из четырех предлагаемых методов контрацепции: противозачаточные таблетки, внутриматочные средства, презервативы и стерилизацию. Все участники обследования получили четкую информацию о преимуществах и недостатках каждого метода. Эта программа не предусматривает никакого принуждения, целей и стимулов.

Наиболее популярным методом контрацепции стали внутриматочные средства, однако показатели отказа от этих средств были чрезвычайно высокими и из-за большого числа случаев болезней половых путей и анемии. По этому из рамках этой программы внутриматочные средства предлагаются лишь после проверки того, что женщина достаточно здорова, чтобы пользоваться ими. Женщины могут получить внутриматочные средства после того, как последствия болезни ликвидированы. Это привело к тому, что многие женщины стали вновь пользоваться внутриматочными средствами.

В период с апреля 1995 по апрель 1996 года доля супружеских пар, пользующихся современными методами контрацепции в Тонке и Даусе, увеличилась с 31 и 35 процентов до 41 и 40 процентов соответственно. В настоящее время эта программа осуществляется в масштабах всего штата.

Источник: UNFPA. 1997. «Bringing Hope to Rajasthan». Populi 24(1):4-5.

Выбор методов планирования семьи

Чем шире выбор методов, имеющихся в распоряжении, тем меньше разрыв между детородными намерениями человека и реальностью и тем меньше число людей, которые хотели бы установить интервалы между рождениями или ограничить рождаемость, но не достигают этого.⁵⁵

Потребности в области охраны репродуктивного здоровья в течение жизни изменяются. Кроме того, потребности и предпочтения зависят также от конкретного человека. Медицинские учреждения должны быть в состоянии, например, предложить целый ряд методов контрацепции, которые позволяют учесть личные пожелания и обстоятельства и обеспечивают уверенность человека и систематическое применение этих методов. Если спрос растет быстрее, чем предложение, и если система медицинских учреждений развита слабо, может возникнуть нехватка материальных средств. Одно из исследований, проведенных в Африке, показало, что в 10-20 процентах обследованных медицинских пунктов не было презервативов.⁵⁶ Нехватка противозачаточных таблеток была отмечена в Танзании и Заире.⁵⁷ Внутриматочных противозачаточных средств часто не было в самых различных районах.⁵⁸

Периодические исследования, проведенные в 1982, 1989 и 1994 годах,⁵⁹ показывают растущую доступность одного метода контрацепции, а также расширение выбора противозачаточных средств в большинстве стран. Число стран, в которых по крайней мере 50 процентов населения имеет доступ к временным методам контрацепции, неуклонно возрастало в течение этого периода. Более половины людей в 75 процентах стран имели доступ по

крайней мере к одному методу контрацепции; и этот показатель превышает 80 процентов стран в Латинской Америке, Карибском бассейне и Азии; он составляет почти 60 процентов стран в Африке и превышает 50 процентов стран по всем регионам.

В настоящее время доля населения, использующего современные противозачаточные средства, приближается к 60 процентам,⁶⁰ тогда как в 1991 году эта доля оценивалась в 57 процентов. В менее развитых странах доля населения, использующего противозачаточные средства, достигла 53 процентов в 1991 году и 56 процентов в 1995 году. Во всем мире 87 процентов людей, применяющих средства регулирования рождаемости, полагаются на современные методы. В менее развитых регионах 91 процент людей, использующих противозачаточные средства, полагаются на современные методы, а в более развитых регионах этот показатель равен 73 процентам.⁶¹ Региональные различия весьма значительны. В африканских странах, расположенных к югу от Сахары, доля населения, использующего противозачаточные средства, самая незначительная (13 процентов), а показатель использования современных методов (67 процентов) является самым низким среди развивающихся регионов. Во всех других развивающихся регионах 80 процентов населения использует современные методы; в Северной Африке и Восточной Азии этот показатель превышает 90 процентов.

На стерилизацию приходится 40 процентов глобального применения контрацептивов. Этот показатель самый высокий в Азии (за исключением Западной Азии) и в Северной и Южной Америке, зато в африканских странах, расположенных к югу от Сахары, в Западной Азии, а также в Восточной и Южной Европе распространенность этого метода очень низкая. Стерилизация женщин гораздо более распространена, чем стерилизация мужчин (18 процентов и 4 процента от числа пар), и в последние годы масштабы применения этого метода увеличиваются быстрее всего. Внутриматочные противозачаточные средства составляют около одной пятой части контрацептивов, используемых во всем мире. Около двух третей людей, применяющих противозачаточные средства, живут в Китае (где, согласно обследованию 1992 года, их применяет каждая третья пара).

Неудовлетворенные потребности в области охраны репродуктивного здоровья

По оценке МКНР, во всем мире 350 млн. пар мужчин и женщин не имеют доступа «ко всему диапазону современных методов планирования семьи».⁶² По оценочным данным, 120-150 млн. замужних женщин во всем мире либо не хотят иметь больше детей, либо хотят отложить рождение следующего ребенка по крайней мере на два года, но при этом не используют никакой метод планирования семьи. Эти «неудовлетворенные потребности в области планирования семьи»⁶³ не включают большие категории людей, в частности следующие:

■ люди, нуждающиеся в профилактике болезней, передаваемых половым путем, и в их лечении, в лечении бесплодия, в рождении здорового ребенка, в охране здоровья матери и ребенка и в мерах по обеспечению сексуального здоровья. О том, что концепция неудовлетворенных потребностей первоначально была следствием усилий по регулированию рождаемости, говорит нехватка информации о потребностях в других сферах репродуктивного здоровья. Любые оценки должны были бы учитывать примерно 175 млн. беременностей в год, 333 млн. новых заболеваний, передаваемых половым путем, ежегодно, 60 млн. супружеских пар, страдающих бесплодием, а также тех мужчин и женщин всех возрастов, у которых плохое репродуктивное и сексуальное здоровье;

■ не состоящие в браке подростки и взрослые. Оценки «неудовлетворенных потребностей» включают только замужних женщин детородного возраста, но не включают миллионы женщин, которые имеют сексуальных партнеров, но не состоят в браке. Имеющиеся данные показывают, что эти категории увеличивают число новых пользователей контрацептивами по крайней мере на 10 процентов.⁶⁴ Возможно, еще более значительная доля населения не удовлетворяет свои потребности в области регулирования рождаемости. Их более широкие потребности в области охраны репродуктивного здоровья остаются большей частью неудовлетворенными, потому что у них нет информации или доступа к услугам, потому что они сами или медицинские работники испытывают неловкость, или потому что имеются процедурные препятствия, финансовые трудности, или ощущается неодобрение со стороны общества;

■ люди, неправильно использующие противозачаточные средства. Миллионы людей применяют такие средства, которые не соответствуют их возрасту, намерениям в отношении деторождения или медицинским потребностям. Это может быть результатом следующих причин:

- неправильная информация, которую дал врач или пациент;
- предубеждение медицинского учреждения, отдающего предпочтение определенным методам;
- ограниченный выбор средств;
- недостаточное внимание, уделяемое сексуальному опыту пациента;
- недостаточное обсуждение этих вопросов.

В эту группу входят также люди, которые не удовлетворены своими нынешними контрацептивами вследствие трудностей их применения или побочных эффектов, или вследствие того, что их партнеры испытывают неловкость;

■ женщины, входящие в группы особого риска. Миллионы женщин, которые подвергаются особому риску в случае беременности, не используют средства регулирования рождаемости и не говорят о том, что они хотят отсрочить или предотвратить рождение следующего ребенка. Женщины, входящие в группы особого риска, — это женщины в возрасте до 20 или старше 35 лет, женщины, которые имеют пять или более детей, или те, которые рожали детей с интервалами меньше двух лет.⁶⁶ Сюда входят женщины, которые болели после предыдущих родов или которые страдают от хронической болезни или анемии. Многие из них не имеют информации о том риске, которому они подвергаются, и по этой причине не могут принять правильное решение относительно планирования семьи.

Около 200 000 материнских смертей в год можно считать результатом отсутствия или неправильного использования контрацептивов и последствий этого.⁶⁶ По крайней мере 75 млн. из 175 млн. беременностей в год являются нежелательными, в результате чего делается 45 млн. аборт и происходит 30 млн. живорождений.

Преодоление препятствий

В целом ряде национальных программ сохраняются некоторые официальные барьеры на пути к оказанию услуг в этой области. Неофициальные препятствия создаются вследствие отношения медицинского персонала и организационных процедур. В 14 странах женщина может получить контрацептивы только с одобрения супруга.⁶⁷ Еще в 60 стра-

нах необходимо получить разрешение супруга на применение постоянных методов контрацепции. В результате этого лишены обслуживания оказываются незамужние женщины, включая подростков и разведенных или овдовевших женщин, а также женщины, которые хотят отсрочить или ограничить рождение детей, но не могут договориться со своими мужьями или убедить их. Ограничения, обусловленные необходимостью супружеского разрешения, часто касаются только женщин или касаются мужчин и женщин, но в разной степени.

Женщины сталкиваются с дополнительными ограничениями, касающимися стерилизации. Пятьдесят шесть стран установили минимальный возраст. Некоторые ограничения могут обуславливаться стремлением предотвратить необдуманные решения в раннем возрасте (одна страна стимулирует стерилизацию в возрасте до 20 лет; еще в шести странах такая операция ограничивается в возрасте до 24 лет). Однако в 32 странах стерилизация ограничивается в возрасте до 30 лет, а в 10 странах — в возрасте до 35 лет. В 50 странах стерилизация ограничивается в семьях ниже определенной численности: в 17 странах для этого необходимо иметь четверо или больше детей; в 16 странах необходимо иметь двух или трех детей, и в одной стране стерилизация запрещена для бездетных семей. В одной стране для определения прав на операцию используется конкретная формула: возраст женщины, помноженный на число детей, должен превышать 120. В результате этого более молодые пациенты могут добиться стерилизации, только если у них уже есть несколько детей. В других же странах используется подвижная шкала, которая позволяет стерилизацию пациентов более пожилого возраста при меньших размерах семьи. Многие страны, которые устанавливают ограничения, обусловленные возрастом или числом детей (и еще 14 стран, в которых нет таких ограничений), установили также процедурные требования, такие, как необходимость медицинского освидетельствования.

В последние десятилетия многие ограничения на импорт контрацептивов были отменены или стали игнорироваться. Препятствия, стоящие на пути предоставления информации, включают ограничения рекламы и ограничения информационных программ в школах. Половое воспитание, соответствующее возрасту, в настоящее время широко распространено, причем оно часто организуется с помощью родителей и местной общины, однако такая информация часто предоставляется только в старших классах — даже в странах, где доля детей (и особенно девочек), которые достигают этих классов, остается незначительной.

ВСТАВКА

23

Ограничение стерилизации в Бразилии

В Бразилии право на репродуктивное здоровье защищено юридически, однако некоторые препятствия процедурного характера ограничивают его осуществление. Хирургическая контрацепция может применяться в тех случаях, когда она признана необходимой, лишь в момент проведения другой хирургической операции.

Цель состоит в том, чтобы заставить женщин, которые хотят стерилизоваться после завершения беременности, в обязательном порядке сделать операцию по методу кесарева сечения, а не родить ребенка обычным способом, так как считается, что эта операция может проводиться одновременно с операцией по стерилизации. Это создает серьезную угрозу для здоровья и требует больших затрат. Такая практика привела к тому, что кесарево сечение стали делать почти треть рожениц, причем почти 20 процентов из них — это женщины из семей с низкими доходами и 60 процентов — женщины из семей с высокими доходами.

Число операций по методу кесарева сечения в Бразилии превышает число таких операций в Соединенных Штатах Америки, где врачей обвиняют в том, что они прибегают к этим операциям, когда в этом нет необходимости. Широкое использование кесарева сечения создает также возможности для злоупотреблений. В конце 80-х годов сообщалось, что женщинам из бедных семей, которым было сделано кесарево сечение, делалась операция по стерилизации без их согласия. Покончить с такой практикой можно лишь на основе осуществления контроля в этой области.

Источник: Dixon-Mueller, Ruth. 1993. «Population Policy and Women's Political Action in Three Developing Countries». Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice, Chapter 4, pp.87-88, Westport, Connecticut, and London: Praeger.

.....
ГЛАВА 3:

Половое и репродуктивное самоопределение



Mark Edwards / Still Pictures

«Сексуальность человека и взаимоотношения мужчин и женщин тесно связаны друг с другом и оказывают совокупное воздействие на способность мужчин и женщин обеспечивать и поддерживать сексуальное здоровье и регулировать свое репродуктивное поведение. Равноправные отношения между мужчинами и женщинами в вопросах половой жизни и репродуктивного поведения, включая полное уважение физической неприкосновенности человека, требуют взаимного уважения и готовности принять на себя ответственность за последствия полового поведения ...»

—Пункт 7.34, Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, 1994 год

Помимо надлежащего здоровья и способности определять количество детей и интервалы между деторождениями право на репродуктивное самоопределение включает, среди прочего, право на добровольное вступление в брак и создание семьи и право на свободу от полового насилия¹ и принуждения. В настоящей главе рассматриваются вопросы, касающиеся потребностей подростков в отношении сексуального и репродуктивного здоровья, прав, связанных с браком и рождением детей, насилия в отношении женщин (в быту, на улице и в чрезвычайных ситуациях) и незаконной торговли девочками и женщинами.

Половое поведение в подростковом возрасте

На МКНР международное сообщество впервые официально признало, что репродуктивное и сексуальное здоровье у подростков подразумевает конкретный комплекс потребностей, отличающихся от потребностей взрослых людей. Ранее медицинские службы в целом игнорировали потребности молодежи. В Программе действий подчеркивается следующее:

- молодые люди обоих полов, как правило, плохо информированы о методах предохранения от нежелательной беременности и заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД. Они нуждаются во всеобъемлющей информации и в доступе к соответствующим услугам и имеют право на личную жизнь, конфиденциальность, уважение достоинства и осознанное согласие;
- матери подросткового возраста подвергаются повышенной по сравнению со средним уровнем опасности смерти, а для их детей характерны более высокие уровни заболеваемости и смертности. Раннее вступление в брак и рождение детей также создают для молодых женщин препятствия в плане получения образования и трудоустройства;

■ высокие показатели беременности, деторождения и незаконных абортов в подростковом возрасте являются отражением отсутствия возможностей для получения образования и осуществления экономической деятельности. Молодые женщины и девочки, особенно из бедных слоев населения, подвергаются значительному давлению, направленному на то, чтобы вовлечь их в половую жизнь, и они являются особо уязвимыми по отношению к таким явлениям, как сексуальные посягательства, насилие и проституция;

■ молодых людей следует научить уважать самоопределение женщин и разделять ответственность с женщинами в вопросах половой жизни и деторождения.

Ранняя половая активность

Начало половой жизни, вступление в брак и материнство являются крупными событиями в жизни женщин, которые традиционно приводят к изменению их социального статуса и обязанностей. Трансформация, произошедшая в большинстве обществ в период жизни последних двух или трех поколений, изменила существовавший социальный уклад и в определенной степени повысила опасность, которой подвергаются индивидуумы, семьи и общины.

Одно весьма важное изменение связано с тем, что отныне эти три события отстоят друг от друга во времени и что этот промежуток составляет иногда несколько лет. Улучшение положения с питанием привело к снижению возраста достижения половой зрелости у девушек. Хотя эта тенденция, возможно, сходит на нет, в некоторых странах и особенно среди более обеспеченных социально-экономических групп она привела к тому, что молодые женщины будут подвергаться риску беременности в течение еще двух лет.² Одновременно повысился возраст при вступлении в брак (см. ниже).

В большинстве обществ половая активность до вступления в брак традиционно не поощряется, хотя во многих из них она одобряется в определенной форме по крайней мере в том, что касается мальчиков. Однако ситуация здесь также меняется, и половые контакты между не состоящими в браке подростками являются проблемой, которую большая часть обществ должна научиться решать.

Сбор информации на систематической основе является нелегкой задачей, однако при этом были определены некоторые широкие модели сексуального и репродуктивного поведения среди подростков.³ В большинстве стран Азии, включая арабские государства Западной Азии, люди вступают в брак и приступают к деторождению в раннем возрасте. Добрачная половая активность не является распространенным явлением, равно как и беременность и рождение детей вне брака, однако показатели беременности среди подростков являются высокими. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, наблюдаются аналогичные тенденции, за исключением того, что половая активность до вступления в брак является более распространенным явлением.

ВСТАВКА

24

Права подростков на услуги в области репродуктивного здоровья

Из Программы действий МКНР:

«7.45. Признавая права и обязанности родителей и других лиц, несущих юридическую ответственность за подростков в плане обеспечения надлежащего воспитания и консультирования подростков по вопросам полового и репродуктивного поведения на основе методов, согласующихся с уровнем развития подростка, страны обязаны обеспечивать, чтобы программы и методы, используемые работниками системы здравоохранения, не затрудняли доступ подростков к соответствующим службам и требующейся им информации, включая сведения о болезнях, передаваемых половым путем, и о сексуальных посягательствах. При проведении этой работы, и в частности в целях предупреждения практики сексуальных посягательств, эти службы должны гарантировать права подростков на личную жизнь, конфиденциальность, уважение достоинства и осознанное согласие на основе уважения культурных ценностей и религиозных убеждений. В этом контексте страны должны, при необходимости, устранять правовые, нормативные и социальные барьеры, препятствующие получению подростками информации и услуг в области охраны репродуктивного здоровья».

Во многих промышленно развитых странах половая активность у подростков начинается в период от середины до конца подросткового периода их жизни, и возраст при вступлении в брак является относительно высоким. В некоторых из них наблюдаются высокие показатели беременности среди подростков, и также возрастает численность молодых незамужних матерей, воспитывающих детей в одиночку.⁴ В других наблюдаются более низкие показатели беременности и аборт среди подростков, и отмечаются более широкие масштабы использования современных методов контрацепции. Для подростков в этой группе стран также в более широких масштабах организуется половое воспитание.

В Латинской Америке и Карибском бассейне доля женщин (состоящих и не состоящих в браке), которые ведут активную половую жизнь в возрасте до 20 лет, по-видимому сократилась или оставалась неизменной во многих странах.⁵ Вместе с тем, особенно в Карибском регионе, возросла численность домашних хозяйств, главами которых являются молодые матери-одиночки.

В углубленных исследованиях приводится информация о тревожных последствиях для здоровья и безопасности девочек.⁶ В некоторых исследованиях отмечается, что зачастую девочки начинают вести половую жизнь даже до наступления первой менструации. В Малави 58 процентов из 300 подростков женского пола, которые были отобраны в деревнях, сообщили, что они имели половые сношения до наступления первой менструации. Согласно имеющимся данным, у сексуально активных девочек подросткового возраста первое половое сношение происходит в весьма раннем возрасте, и такая тенденция отмечается в самых различных странах, таких, как Бразилия и Папуа-Новая Гвинея. Хотя во многих странах такое раннее начало половой жизни является редким явлением, интерес к половой жизни и к сексуальным экспериментам зачастую проявляется до начала традиционного воспитания (включая церемонии посвящения во взрослую жизнь), обучения в школе и открытого обсуждения вопросов половой жизни в рамках семьи.

С другой стороны, в некоторых странах показатель половой активности в возрасте до 16 лет возможно сократился или остался на прежнем уровне. Согласно данным, имеющимся по странам Африки, расположенным к югу от Сахары, доля девочек, вступающих в половые сношения в возрасте до 15 лет, сократилась в Бурунди, Гане, Зимбабве и Кении и незначительно изменилась в Либерии, Малави и Того.⁷ Внутри стран и между странами наблюдаются весьма различные показатели доли подростков, рано начинающих половую жизнь, независимо от временных изменений. Доля женщин в возрасте 15-24 лет, которые сообщили, что они имели половые сношения в возрасте до 15 лет, варьируется в этих странах от менее чем 2 процентов (Бурунди) до более чем одной трети (Либерия). В Латинской Америке эти тенденции также имеют различный характер. Доля женщин, которые имели первое половое сношение в возрасте до 20 лет, по-видимому, в последнее десятилетие сократилась, достигнув уровня ме-

нее 50 процентов в Колумбии, Мексике и Перу, и приблизившись к этому уровню в Доминиканской Республике и Тринидаде и Тобаго. В Бразилии и Эквадоре этот показатель был стабильным и составлял около 50 процентов; в Гватемале и Сальвадоре он превышал 60 процентов.

Доля подростков, начинающих половую жизнь в возрасте до 16 лет, постоянно возрастает в промышленно развитых странах.⁸ Например, в Великобритании и Северной Ирландии менее 2 процентов женщин и 10 процентов мужчин, которым в настоящее время более 50 лет, сообщают, что они имели первое половое сношение в возрасте до 16 лет; среди респондентов в возрасте до 20 лет эта тенденция характерна для 18,7 процента женщин и 27,6 процента мужчин. Аналогичные данные о снижении возраста, в котором происходит первое половое сношение, получены в Соединенных Штатах, Нидерландах и Швеции.⁹

Большая часть подростков, не состоящих в браке, не вступает в половые отношения. Вместе с тем, в рамках последних обследований, проведенных в Латинской Америке, Африки и Азии, был отмечен рост половой активности.¹⁰ В результате раннего начала половой жизни подростки, как правило, подвергаются опасности беременности и заболеваний. Методы контрацепции используются редко; зачастую бытует мнение о том, что принятие таких мер предосторожности является отражением преднамеренности, а не спонтанности. Согласно имеющимся данным, молодые мужчины начинают вести половую жизнь в более раннем возрасте и имеют больше партнеров и больше случайных связей, подвергая тем самым себя и своих партнеров повышенной опасности. Любопытство и поддержка со стороны ровесников в значительной степени определяет их мотивацию. Молодые женщины, как правило, сообщают о том, что в основе их мотивации лежит любовь и стремление доставить удовольствие партнеру; они могут подвергать себя повышенному риску, опасаясь нанести ущерб своим отношениям.

Во многих случаях первые половые связи являются результатом насилия или принуждения со стороны более старших партнеров. Молодым девушкам из бедных семей бывает сложно противиться побуждению к началу половой жизни.

Информированность о половой жизни и методах контрацепции

Подростки из всех частей мира сообщают о том, что они не располагают достаточной информацией по вопросам деторождения, половой жизни, планирования семьи и охраны здоровья.¹¹ Угроза здоровью в связи с ранней беременностью возрастает в тех случаях, когда молодые люди и их родители недостаточно информированы о вопросах половой жизни и методах контрацепции, что является характерным явлением для многих частей мира. Родителям нелегко обсуждать со своими детьми вопросы половой жизни, и соответствующая информация (в большинстве своем неправильная) передается молодым людям их ровесниками.¹² Низкий уровень общего образования также может ограничивать доступ молоде-

Как правило, юноши и девушки плохо информированы о защите от нежелательной беременности и болезней, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД.



жи к информации о медицинских методах и рисках, касающихся всех аспектов их жизни.

Сторонникам семейной жизни и полового воспитания приходится бороться с бытующим мифом о том, что половое воспитание ведет к неразборчивости в половых связях. Данные исследований свидетельствуют о том, что половое воспитание поощряет ответственное половое поведение, включая более высокие уровни воздержания, позднее начало половой жизни, более широкое применение методов контрацепции и меньшее количество партнеров по половым отношениям. Такие последствия в большей степени наблюдаются тогда, когда устанавливаются тесные взаимоотношения с родителями, которые искренне обсуждают со своими детьми вопросы половой жизни и деторождения. Вместе с тем, такое обсуждение нередко бывает сложным, и исследования свидетельствуют о том, что они проводятся лишь в меньшей части семей.

В Соединенных Штатах менее чем одна из трех девочек и один из шести мальчиков обсуждают эти вопросы с одним из своих родителей. При этом сами родители зачастую не полностью осведомлены о многих важных фактах, касающихся половой жизни и деторождения. Информация и неправильная информация чаще всего поступают от ровесников.

Согласно данным обследований, даже среди супружеских пар, которые практикуют периодическое воздержание в целях планирования размеров семьи, в большинстве случаев они не знают, когда вероятность беременности является наиболее высокой.¹³ Даже в тех случаях, когда такая информация имеется, неосведомленность их партнеров, ожидания их семей и общества, в котором они живут, могут создавать для девушек-подростков, состоящих или не состоящих в браке, препятствия в деле получения доступа к информации и услугам по вопросам полового и репродуктивного здоровья (см. раздел, посвященный применению методов контрацепции и факторам, препятствующим этому).

ЮНФПА финансировал разработку и включение учебного курса по вопросам семейной жизни в школьные программы в 79 странах в течение последних трех десятилетий при технической помощи со стороны ЮНЕСКО. В нынешние учебные программы, как правило, добавляются курсы, посвященные репродуктивному здоровью и физиологии, информации и подготовке по вопросам планирования семьи в целях ответственного исполнения родительских обязанностей (включая развитие навыков планирования и принятия решений), поощрению полового воздержания, профилактике заболеваний, передаваемых половым путем/ВИЧ, и подготовке по вопросам равенства полов и взаимосвязей между народонаселением и развитием. Неловкость, испытываемая преподавателями в связи с некоторыми вопросами, противодействие со стороны лиц, отстаивающих традиционные взгляды, и некоторых религиозных групп, боязнь критики со стороны родителей (даже в тех случаях, когда родители принимали участие в разработке программы) и трудности с определением приоритетов—все это может вызвать проблемы. Надлежащая консультативная помощь, учебная под-

готовка и постоянная поддержка способствуют преодолению этих препятствий. В учебные программы следует вносить коррективы для обеспечения того, чтобы они соответствовали возрасту, полу и опыту соответствующей аудитории, и необходимо определять методы охвата молодежи, не учащейся в школе, включая бездомных, молодых родителей и работников индустрии секса.

Просвещение по вопросам семейной жизни может являться эффективным инструментом изменения поведения молодых людей, например, в том, что касается откладывания начала половой жизни или более широкого применения методов контрацепции. Развитие навыков убеждения в значительной мере способствует улучшению положения. Вместе с тем, еще большее значение имеют последствия начала открытого обсуждения доселе запретных тем. При этом происходит рассеивание мифов и неправильных представлений; эти вопросы можно обсуждать в рамках семьи и общины, а такие вопросы народонаселения, как репродуктивное здоровье, становятся предметом более широкого обсуждения в рамках рассмотрения вопроса о национальной политике.¹⁴

Права подростков и родителей

В международных соглашениях по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья подростков была сделана попытка определить то шаткое равновесие, при котором признаются как права подростков на информацию и услуги, так и право родителей направлять их поведение. Определения, ожидания и практика культурного порядка, касающиеся подростков и их половой жизни (возраст при вступлении в брак, допустимость половых связей в добрачный период, независимость молодежи, структура семьи и т.д.), варьируются в значительной степени и меняются с течением времени. Соответственно, происходит постепенная эволюция признанных принципов.

Все большим признанием пользуется идея о том, что подростки нуждаются в неограниченном доступе к информации о половой жизни и опасностях, связанных с ранней беременностью и заболеваниями, передаваемыми половым путем. При участии родителей и общин необходимо предпринимать усилия по организации просвещения для каждой отдельной возрастной группы. Как молодых мужчин, так и молодых женщин необходимо поощрять к тому, чтобы они ответственно подходили к своему половому поведению. Молодежь также нуждается в частных и конфиденциальных услугах для ее защиты от рисков для здоровья. Необходимо наложить строгий запрет на сексуальную эксплуатацию подростков и сексуальные надругательства над ними.

В Программе действий МКНР говорится, что конфликты между правами родителей и подростков должны разрешаться таким образом, чтобы при этом учитывались как потребности и возможности детей, так и обязанности родителей по обеспечению лучшей жизни для будущих поколений.

В соответствии с большинством международных соглашений урегулирование потенциальных конфликтов между правами родителей и подростков должно обеспечиваться на местах в соответствии с

местными обычаями и практикой при уделении особого внимания потребностям подростков. Единственным документом, в котором уделяется приоритетное внимание урегулированию конфликтов, является Конвенция о правах ребенка. В ней признается верховенство интересов детей при принятии решений в семье, в деятельности правовых систем и другой деятельности государства.¹⁵ Конвенцию, которая касается лиц в возрасте до 18 лет, ратифицировали практически все государства.

Принцип добровольности и брак

Модели создания семьи тесно связаны с социальными и культурными нормами и практикой, существующей в обществах. Зачастую брак является результатом более широкого социального процесса,¹⁶ охватывающего супружескую пару, их семьи и более значительную часть общины. Обобщения, основанные на поддающихся количественному определению аспектах семейной жизни, не могут учитывать различные взгляды на семью во всем мире. Вместе с тем, существует возможность проанализировать многообразие глобальной практики с точки зрения ее последствий для сексуальных и репродуктивных прав.

Право на создание семьи уравнивается правом на свободу от принуждения в рамках брака. Хотя информация о той степени, в которой эти права реализуются на практике, не является свободно доступной, возникают вопросы в отношении детских браков, временного распределения и количества беременностей, практики требования приданого и установления цены за невесту, единокровных браков,¹⁷ прав женщин на наследование и полигамии.¹⁸

Изменение брачного возраста

В целом, возраст вступления в первый брак как у мужчин, так и у женщин, повышается во многих частях мира.¹⁹ Возраст при вступлении в брак наиболее существенно повысился в Азии (включая Западную Азию) и в Северной Африке. Например, при сравнении категории женщин в возрасте 20-24 лет с категорией женщин, возраст которых в настоящее время составляет 40-44 года, налицо сокращение доли женщин, которые вступили в брак до 20 лет и соответствующее увеличение среднего возраста при вступлении в брак.

Региональные тенденции отличаются друг от друга. В восьми азиатских странах, по которым имеются самые последние данные, 57 процентов женщин более старших возрастных категорий вступили в брак до достижения возраста 20 лет, тогда как среди женщин более молодых возрастных категорий такой показатель составляет только 37 процентов. В Северной Африке соответствующий показатель снизился с 66 до 34 процентов. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, в которых доля лиц, вступающих в брак в подростковом возрасте, остается высокой, этот показатель сократился с 73 до 59 процентов.

Доля лиц, вступивших в брак до достижения 20-летнего возраста, оставалась сравнительно стабильной в Латинской Америке и Карибском бассейне и

сократилась с 50 лишь до 42 процентов. В некоторых странах этого региона (Гватемала, Коста-Рика, Тринидад и Тобаго и Ямайка) доля молодых людей, вступающих в брак (или гражданский брак), увеличилась. В странах Западной Европы и Северной Америки также постоянно происходило повышение возраста при вступлении в брак: с 20 с небольшим лет до уровня 25 лет и выше.²⁰ В странах Восточной и Южной Европы наблюдалось более стабильное положение, причем в Восточной Европе возраст при вступлении в брак являлся относительно низким (в среднем между 21 и 22 годами), а в Южной Европе — более высоким (в среднем между 24 и 25 годами).

Во всех регионах существует повышенная вероятность того, что менее образованные женщины будут вступать в брак в молодом возрасте. В Замбии среди женщин в возрасте 20-24 лет, вступивших в брак до достижения 20-летнего возраста, 44 процента закончили начальную школу; среди женщин, вступивших в брак в возрасте 20 лет или позднее, этот показатель составляет 83 процента. Соответствующие показатели по другим странам являются следующими: Уганда — 20 и 43 процента; Камерун — 27 и 77 процентов; Кения — 54 и 84 процента; Индонезия — 18 и 58 процентов; Филиппины — 61 и 84 процента; Колумбия — 39 и 66 процентов; Мексика — 32 и 72 процента; Перу — 53 и 88 процентов; Египет — 25 и 60 процентов; Марокко — 9 и 31 процент.²¹

Хотя возраст женщин при вступлении в брак, как правило, изучался в рамках демографических обследований, возраст мужчин при вступлении в брак и разница в возрасте между супругами также отражают социальные ожидания и сказываются на брачных и других социальных отношениях. Более значительная разница в возрасте между мужьями и женами приводит к закреплению гендерных стереотипов о зависимости и бессилии женщин. В прошлом раз-

Риск материнской смертности у матерей-подростков выше среднего, и среди родившихся у них детей показатели заболеваемости и смертности являются более высокими.



ВСТАВКА 25

Для чилийской молодежи создан форум, на котором она обсуждает вопросы половой жизни

В Чили, где показатели незаконных аборт являются одними из самых высоких в Латинской Америке, неправительственная организация «Образование для повышения качества жизни» учредила форум, на котором молодые люди могут обменяться мнениями по вопросам половой жизни и получить информацию, необходимую для формирования осознанного отношения к вопросам фертильности, а также принять продуманные решения, касающиеся половой жизни и деторождения.

В рамках программы этой НПО проводятся групповые обсуждения, в которых участвуют не более двадцати человек. Диалоги охватывают комплекс ранее запрещенных для обсуждения вопросов (в том числе использование презервативов и предупреждение болезней, передаваемых половым путем). Создаются стимулы для того, чтобы участники обсуждений делились информацией, изучали существующие модели поведения, обсуждали их положительные моменты и выражали свои сомнения и озабоченность, а также задавали вопросы о половой жизни. Проводится специальная подготовка лиц, ведущих эти обсуждения, с тем чтобы они стимулировали активность участников. Вопросы регистрируются, и на следующий день ответы на них дают медицинские сестры, психологи и священники.

В 1995 году при поддержке ЮНФПА началось осуществление этой программы в нескольких районах. В 1996 году программа была расширена, и в настоящее время она охватывает почти всю страну.

*На молодые
супружеские пары
часто оказывается
сильное давление, с
тем чтобы у они
заводили детей
сразу же после
свадьбы.*

мира была более значительной. Эта разница начала сокращаться, особенно в Северной Африке, во многих странах Латинской Америки и Карибского бассейна, а также в Азии. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, разница в возрасте продолжает сохраняться. Она, как правило, является наиболее значительной в Западной Африке составляет (обычно от 6 до 9 лет) и наименьшей в Южной Африке (более двух лет).²¹ Сокращение разницы в возрасте между супругами с течением времени не свидетельствует о формировании какой-либо конкретной модели структуры семьи (что ошибочно предсказывалось некоторыми социологами).

Готовность к вступлению в брак традиционно определялась для женщин их физическим развитием (например, началом менструации). В других условиях определенную роль играет наличие приданого и возможность других социальных обменов. Для мужчин характерна большая вероятность вступления в брак, когда они доказывают свою способность содержать жену и семью. Такие социальные нормы укрепляют господствующее положение мужчин и закрепляют такое положение, при котором женщинам отводятся преимущественно функции по ведению домашнего хозяйства.

Разница в образовании между супругами также ограничивает возможности женщин и их право голоса при принятии решений в рамках домашнего хозяйства. Повышение уровня образованности женщин будет способствовать повышению их возраста при вступлении в брак, обеспечивать им возможности для более активного участия в социально-экономической деятельности и более справедливого участия в принятии решений на семейном уровне.

Детские браки

Родители проявляют исключительно большой интерес к брачным планам и поведению своих детей. Значительное большинство браков и союзов заключаются с одобрения и при участии семей супругов. В весьма различных странах Азии, Латинской Америки и Африки браки заранее оговариваются родителями, когда их дети находятся в младенческом или раннем подростковом возрасте.²² В некоторых странах молодые семьи имеют возможность признать или отвергнуть «брачный контракт» после встречи между собой; в других странах семейные контракты являются окончательными, особенно когда брак уже был заключен.

Юридическая ситуация в том, что касается возраста при вступлении в брак, является сложной. Вопросы брака регулируются законом во всех странах. На протяжении трех десятилетий в документы по правам человека включался призыв об установлении и обеспечении соблюдения минимального возраста при вступлении в брак. Однако в большинстве стран законы, касающиеся возраста при вступлении в брак, применяются только в случае отсутствия согласия родителей. В них устанавливается минимальный возраст для согласия на вступление в брак в случае отсутствия согласия родителей, причем, как правило, для молодых женщин и мужчин устанавливается разный возраст.

Вместе с тем, законы о браке применяются не всегда, а их соблюдение обеспечивается не во всех случаях. Во многих странах официальные правовые системы, основанные на судебной системе, функционируют одновременно с обычными и традиционными системами, в основе которых лежат местные институты или семейные ценности.²⁴ Во многих странах официальные правовые системы уступают обычным системам право решения вопросов, касающихся семей. В таких случаях юридическая защита права подростков на вступление в брак может зависеть от желаний семьи. Поскольку большинство браков заключается при осведомленности, согласии и активном участии родителей и расширенной семьи, в целом существует вероятность того, что пожелания родителей либо уважаются, либо навязываются.

Информация о положениях законов, определяющих вопросы согласия, не позволяет определить возраст, в котором родители могут допустить вступление своих детей в брак и фактически делают это на практике. Отношение родителей к бракам их детей определяется сложными социальными факторами. Обычаи могут превалировать над соображениями практического порядка, включая главные интересы и пожелания партнеров, и обуславливать необходимость принятия решений о заключении ранних браков. Когда девочки считаются бременем для семьи или, в худшем случае, объектом «невыгодных капиталовложений», то в этом случае имеются существенные соображения в пользу того, чтобы их отдать замуж. Когда имеется возможность извлечения экономических выгод, например, за счет получения приданого или денег за невесту, родители, особенно из бедных слоев населения, могут стремиться устраивать браки своих детей в весьма молодом возрасте.

В том, что касается создания семьи, то законодательство не всегда защищает молодых людей от принудительных браков. В некоторых странах семьи могут на законном основании нарушать права сыновей и дочерей, уже достигших возраста, позволяющего вступать в брак. В Пакистане, например, после того, как молодые мужчина и женщина—выпускники колледжа в возрасте приблизительно 25 лет вступили в брак вопреки воле семьи женщины, полиция арестовала мужа по обвинению в похищении в аморальных целях.

Раннее деторождение

Молодые супружеские пары зачастую испытывают большое желание завести ребенка сразу после вступления в брак. В условиях, когда существует надежда на то, что только что поженившиеся люди сразу же заведут ребенка, брак может только укрепиться в результате его быстрого рождения. С другой стороны, он может быть поставлен под угрозу из-за неспособности супруги забеременеть и в некоторых случаях в результате того, что первым ребенком является девочка. С точки зрения здоровья, чем моложе невеста, тем дольше ей следует откладывать рождение ребенка; риск материнской смертности среди беременных женщин в возрасте 15-19 лет в четыре раза выше, чем среди женщин в возрасте 25-29

лет. К сожалению, нередко случается так, что, когда возраст при вступлении в брак является минимальным, давление со стороны родителей и мужей является наиболее сильным. Молодая женщина чувствует, что ей необходимо доказать только одно—что она может рожать сыновей.

Полигамия

Полигамия (обычай, при котором разрешается иметь несколько жен) в свое время была широко распространена в Африке, отдельных мусульманских странах и ряде стран Азии. В настоящее время она распространена в меньшей степени вследствие других социальных изменений, особенно в результате перехода от сельской к городской жизни и от натурального к денежному хозяйству.

Сторонники этой практики и авторы некоторых исследований по этому вопросу утверждают, что женщины в рамках полигамных браков пользуются дополнительной помощью при выполнении домашней работы, что это наделяет старшую жену определенным статусом и что это обеспечивает гарантированное положение для более молодых жен, которые в противном случае могли бы остаться без «защиты» со стороны мужчины. Также бытует утверждение о том, что полигамия приводит к сокращению рождаемости в расчете на одну женщину, поскольку в рамках полигамных браков строгие правила, касающиеся половых связей в период беременности и грудного вскармливания, соблюдаются, как правило, более строго.

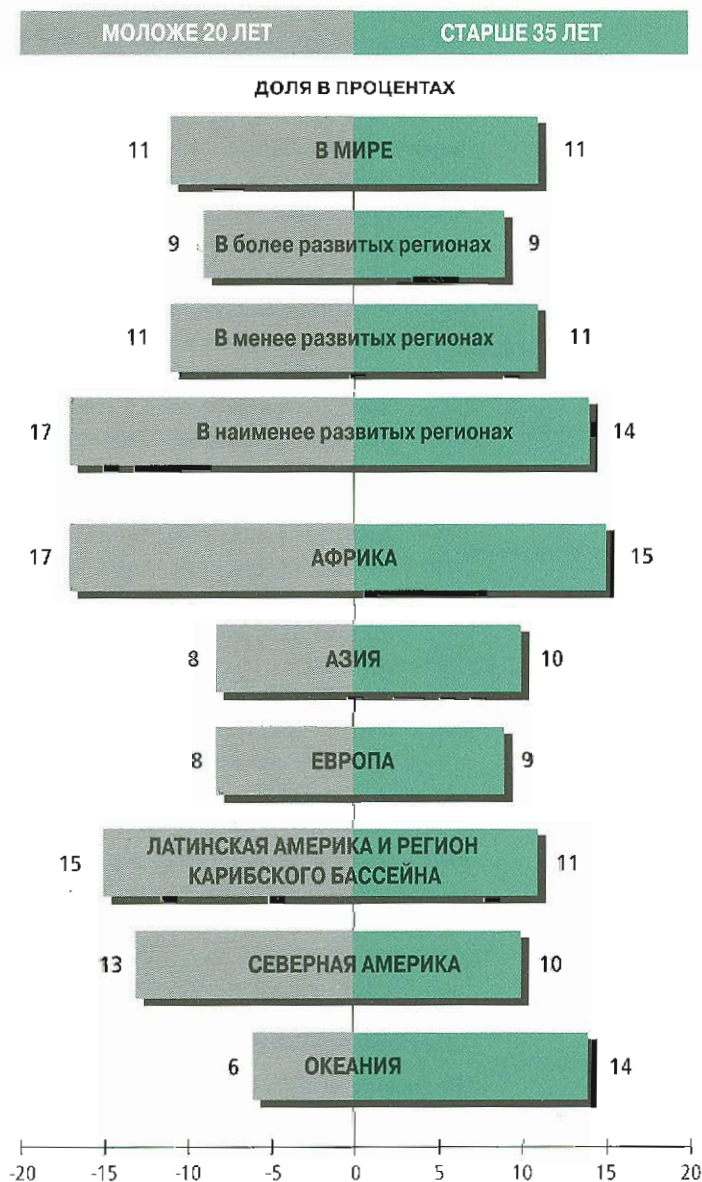
Вместе с тем, степень, в которой такой статус и защита необходимы в современном мире, ставится под сомнение, равно как и необходимость соблюдения традиционных обычаев, касающихся воздержания. Как представляется, эти правила не выдерживают воздействия тех же факторов, которые приводят к изменению других брачных обычаев, включая саму практику полигамии.

В результате проведенных исследований было установлено, что женщины решительно осуждают полигамные союзы. Такие браки зачастую приводят к конфликтам между женами или между одной из жен и ее мужем и к борьбе за ресурсы, особенно тогда, когда считается, что муж отдает предпочтение одной жене и ее детям по сравнению с другими женами и их детьми.

В результате исследования, касающегося народности кагуру в Танзании,²⁵ было установлено, что женщины весьма отрицательно относятся к полигамии. Некоторые из респондентов сетовали на судьбу и говорили о том, что у них мало возможностей убедить своих мужей в том, что им не следует иметь еще одну жену. Согласно другим ответам, женщины в этих случаях угрожают мужьям разводом и иногда поступают именно таким образом. Хотя женщины народности кагуру выполняют значительно большую работу по сравнению с мужчинами, в рамках исследований не было получено никаких свидетельств о том, что женщины воспринимают полигамию как средство, обеспечивающее им возможность уменьшить объем выполняемой ими работы путем ее разделения с другими женами.

РИСУНОК
7

Доля женщин, родивших детей в возрасте моложе 20 лет и старше 35 лет, 1990-1995 годы



Источник: United Nations. 1994. World Population Prospects: The 1994 Revision. Sales No. E. 95.XIII.16.

Беременность и деторождение: намерения и реальность

В большинстве стран мира в настоящее время признается, что начало половой жизни, интервалы между рождением детей и окончательное количество детей должны определяться на основе сознательного выбора. При проведении обследований мужчины и женщины во всё большей степени готовы с определенной уверенностью сказать, сколько детей они хотели бы иметь, какое количество детей является для них идеальным, сколько детей они хотели бы иметь, если бы они начали свою репродуктивную жизнь сейчас, и что они предпочли бы сделать: родить последнего ребенка сейчас или отложить это на более позднее время. Такая ситуация в значительной мере отличается от положения, наблюдавшегося три десятилетия назад, когда осуществление националь-

ных демографических программ еще только началось и когда такие ответы, как «что будет—то будет» и «на все воля Божья», составляли меньшую, но весьма значительную часть всех ответов.

Общение между мужем и женой

Супруги, как правило, в значительной степени соглашаются друг с другом в вопросах, касающихся размеров и планирования семьи, однако в ходе непосредственных контактов с отдельными лицами или симпатизирующими группами выясняется, что их взгляды отличаются друг от друга.

Достоверно установлено, что следствием обсуждения между мужьями и женами вопросов, касающихся размеров и планирования семьи, является более широкое применение современных методов контрацепции. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, в которых показатель применения методов контрацепции является наиболее низким, произошло существенное повышение степени осведомленности о конкретных методах и о том, где можно достать средства контрацепции. Вместе с тем, в рамках семей, как правило, вопросы планирования семьи или половой жизни обсуждаются редко,²⁶ и поэтому стремление одного или обоих партнеров к установлению интервалов между рождением детей или ограничения их числа может и не являться предметом обсуждения, если только не вступают в действие другие факторы. Освещение этих вопросов в средствах информации зачастую принимает открытый характер, что позволяет обсуждать эти вопросы в рамках семьи и, возможно, обнаруживать скрытое согласие между супругами.

Желание иметь сыновей²⁷

Необычные тенденции в области детской смертности и непропорциональное соотношение между новорожденными мальчиками и девочками в некоторых странах являются отражением низкого статуса девочек в семье. В этих странах свободно выражается явное желание иметь сыновей. Когда уровни рождаемости являются высокими, супружеские пары могут иметь детей больше, чем они того желают, поскольку они продолжают стремиться к тому, чтобы у них было желаемое количество сыновей. По мере снижения среднего числа желаемых детей, сохраняющееся стремление иметь сыновей приводит к снижению степени терпимости по отношению к девочкам.

В большинстве стран мира ожидаемая продолжительность жизни при рождении у женщин выше, чем у мужчин. Считается, что в основе этого лежат биологические причины: мальчики подвергаются сравнительно большему риску в первые годы своей жизни; мужчины созревают медленнее, чем женщины и умирают в более раннем возрасте (хотя им не угрожает опасность смерти во время родов). Вместе с тем, в Южной Азии, где наблюдается явно предпочтительное отношение к сыновьям, уровень смертности среди девочек на втором-пятом году жизни выше этого уровня среди мальчиков. Это является

результатом различного отношения к девочкам и мальчикам. Мальчиков зачастую лучше кормят, им быстрее оказывается медицинская помощь во время болезни, и они являются объектом благосклонного отношения в других аспектах. Хотя сознательные детоубийства составляют, видимо, лишь незначительную долю показателя смертности,²⁸ распространенность определенного отсутствия заботы может являться серьезной причиной смертности и заболеваемости.

В ряде стран Восточной Азии, где предпочтительное отношение к сыновьям распространено в широких масштабах, а коэффициент рождаемости является низким, показатель соотношения полов при рождении детей изменился в необычной степени. Одной из главных причин, лежащих в основе такого развития событий, являются селективные аборты, которые производятся в зависимости от пола плода. Как правило, на 100 новорожденных девочек приходится 104-107 новорожденных мальчиков. В Китае и Республике Корея отмечались показатели выше уровня 110. Превышение количества мальчиков над количеством девочек является даже еще более заметным в тех случаях, когда речь идет о детях, родившихся после рождения первого ребенка, и оно варьируется в зависимости от полового состава детей в семье. Несмотря на недостаточный характер информации результаты исследований свидетельствуют о том, что аборты делаются чаще в тех случаях, когда в результате теста устанавливается, что плод имеет женский пол, особенно после рождения первого ребенка.

Хотя сложно определить конкретные показатели, по заниженным оценкам, по крайней мере 60 миллионов девочек, которые в противном случае были бы живы, «недосчитывается» в различных странах Азии в результате селективных абортов или относительного отсутствия надлежащего ухода²⁹.

В Индии и Китае проведение обследований на предмет установления пола плода запрещено. В Тайване (провинция Китая) в рамках учитывающей местные традиции кампании общественного просвещения, направленной на борьбу с этой практикой, население также информируется о рисках, связанных с некоторыми формами обследований, и о потенциальной недостоверности получаемых результатов. Как представляется, это начало приводить к сокращению количества селективных абортов. Для того, чтобы положить конец практике селективных абортов, потребуется организация кампаний для информирования населения, принятие мер по повышению статуса женщин и девочек, введение в действие соответствующих законодательных положений и осуществление постоянного контроля и обеспечение соблюдения установленных запретов.

Принцип непринуждения

На МКНР и четвертой Всемирной конференции по положению женщин было признано, что принцип непринуждения имеет основополагающее значение для программ в области народонаселения и репродуктивного здоровья. В соответствии с данным прин-

Программы в области народонаселения должны в полной мере уважать право на самоопределение в репродуктивном отношении. Принуждение в любой форме неприемлемо.

ципом признается, что в рамках программ в области народонаселения необходимо в полной мере признавать право на репродуктивное самоопределение. Принуждение в любой форме является недопустимым.

Решения отдельных лиц могут иногда наносить ущерб общественным интересам, однако это не служит оправданием для принуждения или применения методов убеждения, при которых не уважаются решения и ответственность индивидуумов. Применительно к странам установление целевых показателей в отношении прироста населения является неэффективным и может приводить к применению принудительных методов.

Организации по предоставлению услуг должны предоставлять клиентам информацию об услугах в области репродуктивного здоровья, с тем чтобы они могли принимать осознанные решения о наиболее эффективном удовлетворении своих потребностей; они не должны оказывать давление на клиентов в целях принятия ими соответствующих решений путем сокрытия определенной информации или неправомерного информирования их о связанных с этим преимуществах или осуществления процедур без получения тщательно обдуманного согласия с их стороны. Для обеспечения осуществления осознанного выбора необходимо предоставлять полный комплекс услуг.

Стимулы

Вопрос о месте стимулов в рамках национальных программ в области планирования семьи является предметом активных обсуждений. Сформировавшийся в их результате консенсус, который отражен в Программе действий МКНР, четко определяет сферу их применения. Если говорить более конкретно, системы стимулирования не должны ни прямо, ни косвенно поощрять организации по предоставлению услуг к вмешательству в процесс осуществления индивидуумами осознанного выбора, например, путем поощрения новых лиц, согласившихся на применение некоторых методов контрацепции, но не остальных лиц. В рамках осуществляемых программ следует избегать уделения чрезмерного внимания первой категории вышеуказанных лиц с тем, чтобы внимание по-прежнему уделялось потребностям в области охраны здоровья, осложнениям и меняющимся предпочтениям постоянных клиентов.

Стимулирование организаций по предоставлению услуг с тем, чтобы они пропагандировали отдельные методы контрацепции, может приводить к тому, что они не будут учитывать противопоказания, предоставлять информацию о более эффективных методах или уделять необходимого внимания клиентам, вновь обращающимся к ним за помощью.

В рамках осуществляемых программ стимулы могут предоставляться отдельным лицам и супружеским парам. Вместе с тем, даже незначительные стимулы могут создавать препятствия для обсуждения соответствующих вопросов среди исключительно бедных людей и для принятия ими осознанных решений; одновременно поощрение людей за решения, которые они приняли бы в

любом случае, просто приводит к растрате ресурсов. Стимулы, в случае их предоставления, должны иметь умеренный и соразмерный характер и не наносить ущерба принятию осознанных решений.³⁰

В 1994 году тот или иной набор стимулов для клиентов в рамках своих национальных программ в области планирования семьи использовали 29 стран.³¹

ЮНФПА привержен принятию осознанных, добровольных решений в рамках программ в области народонаселения и репродуктивного здоровья, и для обеспечения этого он поддерживает реформы в области профессиональной подготовки и управления. Фонд оказывает помощь только тем проектам по предоставлению услуг, деятельность в рамках которых осуществляется с учетом получения тщательно обдуманного согласия и которые обеспечивают качественное обслуживание. Например, в рамках своей программы помощи Китаю, осуществление которой завершилось в 1995 году, ЮНФПА преследовал цель повышения безопасности и надежности методов контрацепции, повышения статуса женщин, подготовки работников сферы планирования семьи по вопросам предоставления консультативной помощи, охвата услугами по охране здоровья матери и ребенка и планированию семьи 300 наиболее бедных уездов страны и укреплению национального потенциала по проведению исследований по проблемам контрацепции и народонаселения. Особое внимание уделялось информированию специалистов и руководителей программ о необходимости осуществления программ добровольного планирования семьи вместо проведения политики ограничения размеров семьи, основанной на установлении квот и целевых показателей.

Принуждение к рождению детей

В рамках обсуждения проблемы принуждения ос-

ВСТАВКА
26

Программа действий МКНР о стимулах

«7.12. ... Принцип осознанного свободного выбора имеет огромное значение для успеха программ в области планирования семьи в долгосрочной перспективе. Принуждения в какой бы то ни было форме не должно быть. В любом обществе есть много социальных и экономических стимулов и дестимулирующих факторов, влияющих на решения человека, которые касаются деторождения и размера семьи. За последние 100 лет многие правительства проводили эксперименты с такими системами, в том числе с конкретными стимулами и дестимулирующими факторами, с тем чтобы понизить или повысить рождаемость. Большинство таких систем оказало лишь незначительное влияние на рождаемость, а в некоторых случаях они оказались контрпродуктивными. Государственные цели в области планирования семьи должны ставиться исходя из неудовлетворенных потребностей в предоставлении информации и услуг. Демографические цели, несмотря на то, что они в силу естественных причин являются объектом государственной стратегии в области развития, не должны навязываться структурам по планированию семьи в форме целевых установок или квот для набора клиентов».

«7.22. Правительствам предлагается делать основной упор в своей деятельности по достижению целей в области народонаселения и развития на меры просвещения и добровольные программы, а не на программы стимулирования и дестимулирования».

новное внимание, как правило, уделяется усилиям по недопущению рождения детей. Меньше внимания уделяется значительному давлению, оказываемому на женщин во многих обществах с тем, чтобы они выходили замуж в молодом возрасте, заводили детей в первые годы брака и продолжали рожать детей, хотя они предпочли бы больше не делать этого, например с тем, чтобы «попытаться родить сына». Такое давление может быть равнозначно принуждению, особенно в тех случаях, когда оно исходит от самой семьи. Отождествление большого количества детей с проявлением личной власти—«проявление мужского (или женского) начала»—может принуждать женщин к принятию таких репродуктивных решений, которые, как им известно, противоречат их интересам. Результаты исследований, проведенных в некоторых странах, свидетельствуют о том, что от одной трети до половины всех деторождений являются нежелательными.³²

Насилие в отношении женщин

На Венской конференции по правам человека и четвертой Всемирной конференции по положению женщин было уделено повышенное внимание насилию в отношении женщин, которое было охарактеризовано как «наиболее распространенное и до сих

пор наименее признанное нарушение прав человека в мире».³³ Насилие в отношении женщин включает весьма различные действия, которые ставят под угрозу жизнь, физическую и психологическую неприкосновенность или свободу женщин и которые в целом по своему замыслу или последствиям способствуют укреплению власти и контроля со стороны мужчины.³⁴

Мужчинам надлежит сыграть ключевую роль в ликвидации принуждения и насилия в отношении женщин. В качестве законодателей, судей, сотрудников полиции, работников сферы здравоохранения и служб по вопросам планирования семьи, преподавателей, мужей и отцов они должны принимать участие в усилиях, направленных на то, чтобы изменить глубоко укоренившиеся культурные причины этой проблемы. Это включает коренное изменение их собственного представления о себе как о мужчинах и их представления о женщинах. Существенно важно оказывать мужчинам содействие в том, чтобы они воспринимали себя в качестве людей, обеспечивающих уход, которые могут заботиться о своих партнерах. Накапливается все больше свидетельств того, что формирование такого представления о себе может приводить к сокращению масштабов насилия в отношении женщин.³⁵

До тех пор, пока женщины не будут иметь возможность жить в мире, свободном от страха насилия, они никогда не смогут в полной мере реализовать свой потенциал.

Бытовое насилие

Одним из наиболее распространенных факторов, создающих угрозу для физической безопасности женщин, является бытовое насилие, то есть физическое или эмоциональное жестокое отношение к женщинам со стороны их сексуальных партнеров-мужчин. Жестокое обращение с женщинами отмечается во многих странах, в которых рассматривалась эта проблема.³⁶ Согласно данным национального исследования, проведенного в Соединенных Штатах, 21-30 процентов женщин подвергаются избиению со стороны своего партнера по крайней мере один раз в своей жизни. По меньшей мере половина этих женщин подвергается избиениям более трех раз в год. У мужчин, которые совершают насильственные действия по отношению к своим женам, проявляется тенденция к тому, что с течением времени частотность и степень интенсивности таких действий возрастают.

Национальные исследования проводятся не часто, однако в случае их проведения устанавливается факт широкомасштабного насилия. В Колумбии около 20 процентов женщин подвергались избиениям со стороны своих партнеров; одна из трех женщин являлась жертвой эмоционального стресса или оскорблений в устной форме. В Папуа-Новой Гвинее 67 процентов женщин, проживающих в сельской местности, и 56 процентов женщин, проживающих в городах, подвергались физическому насилию. В Норвегии 25 пациенток гинекологических клиник подвергались физическому или сексуальному надругательству со стороны своих партнеров. Согласно

ВСТАВКА
27

В настоящее время услуги по охране репродуктивного здоровья гарантируются во всех чрезвычайных ситуациях

Благодаря инициативе ЮНФПА и Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ), принятой совместно с ЮНИСЕФ, ВОЗ, Международной федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и неправительственными организациями, все в большей мере удовлетворяются потребности беженцев, связанные с охраной репродуктивного здоровья, которые в течение долгого времени не принимались во внимание. В 1995 году на икюнской межучрежденческом симпозиуме был разработан надлежащий подход в этой области; информация об этом содержится в руководстве «Reproductive Health in Refugee Situations» («Охрана репродуктивного здоровья беженцев»).

В ноябре 1996 года ЮНФПА, УВКБ и Федерация договорились использовать этот подход для оказания помощи руандийским, бурундийским и заирским беженцам в районе Великих озер в Центральной Африке. Основной упор в экспериментальном проекте, который финансируется ЮНФПА и координируется Федерацией в сотрудничестве с УВКБ, делается на приблизительно 220 000 перемещенных лиц детородного возраста, находящихся в регионе. Помощь оказывается при посредничестве НПО, осуществляющими деятельность на местах совместно с УВКБ и Федерацией.

В рамках предпринятой инициативы в дополнение к услугам, обычно оказываемым в чрезвычайных ситуациях, Федерация согласилась предоставлять комплекс услуг по охране репродуктивного здоровья. Этот комплекс, в основе которого лежат положения руководства по осуществлению деятельности на местах, предусматривает удовлетворение потребностей в следующих областях: планирование семьи, включая контрацепцию; помощь при родах; последствия, связанные с неквалифицированными абортми; сексуальное насилие, включая изнасилование; и болезни, передаваемые половым путем, включая ВИЧ/СПИД. В число новых услуг входят также оказание помощи и контрацепция после полового акта для женщин, ставших жертвами сексуальных нападений.

«ЮНФПА признает, что беженцы и перемещенные лица, а также лица, находящиеся во всех чрезвычайных ситуациях, имеют те же основные права человека, включая право на репродуктивное здоровье, как люди в любой общине»,—говорит Директор-исполнитель ЮНФПА доктор Нафис Садик.

данным исследования, проведенного на местах в одном из округов Кении, 42 процента женщин заявили, что они регулярно подвергаются избиениям со стороны своих мужей. В Сантьяго, Чили, практически четыре пятых женщин сообщили, что они в то или иное время подвергались ранее физическим, эмоциональным или сексуальным надругательствам со стороны партнера или родственника мужского пола, а 63 процента женщин сообщили о том, что они подвергаются таким надругательствам в настоящее время. Относительная нехватка данных не позволяет провести сравнение между различными регионами или оценку общих уровней. Вместе с тем, насилие в семье, преимущественно совершаемое мужчинами в отношении женщин, безусловно является распространенным явлением.

Другие косвенные данные также говорят в пользу прогноза об относительно существенных масштабах бытового насилия в отношении женщин. Самоубийство является крайней мерой в ответ на то, что индивидуумы воспринимают в качестве нетерпимого положения. Согласно данным исследований, проведенных в Океании (которые подтверждаются результатами исследований в других районах), насилие со стороны супруга является одной из существенных причин самоубийства женщин. Согласно данным исследований, в рамках которых изучались индийские семьи, проживающие на Фиджи (где самоубийства согласно культурным традициям признаются в качестве отщипания тем, кто сделал жизнь женщины невыносимой), 41 процент женщин отметили насилие со стороны супругов в качестве причины самоубийства их любимого человека.

В Соединенных Штатах в одном из четырех случаев попыток самоубийства этому предшествовало жестокое обращение; предполагается, что среди афро-американских женщин этот показатель является более высоким. Результаты исследований, проведенных в середине 80-х годов в Шри-Ланке, свидетельствуют о том, что показатель самоубийств среди женщин в возрасте 15-24 лет в пять раз превышает показатель смертности от инфекционных заболеваний и в 55 раз — показатель смертности во время родов. Согласно данным других исследований, проведенных в Африке и Перу, насилие также является одной из причин самоубийства женщин.

Бытовое насилие может заканчиваться убийством. В Бангладеш до 50 процентов всех убийств совершались в результате насилия мужей по отношению к женщинам. В Канаде 62 процента женщин, убитых в 1987 году, стали жертвами бытового насилия. В Папуа-Новой Гвинее в этот период практически две трети погибших женщин были убиты их мужьями. Убийство мужей их женами зачастую является ответом на постоянные и приобретающие все более жестокий характер акты надругательства.

В большинстве случаев бытовое насилие во всех частях мира представляет собой насилие со стороны мужчин по отношению к их партнерам-женщинам.³⁷ Как представляется, такое гендерное различие обусловлено главным образом тем, каким образом мальчики и мужчины подготавливаются к жизни в обществе. В рамках поиска биологических факторов, ле-

жащих в основе различий между мужчинами и женщинами в познавательских способностях или темпераменте, которые могут приводить к насилию, были установлены лишь незначительные различия, которые не могут являться причиной столь разного поведения.

Результаты исследований, касающихся мальчиков и девочек (до того, как начинают проявляться различия в подготовленности к жизни в обществе), свидетельствуют только о том, что мальчики менее восприимчивы к огорчениям и для них характерны повышенная раздражительность и импульсивность и склонность к резким и подвижным играм. Хотя эти тенденции имеют определенное значение, наиболее важными в этом отношении являются такие факторы, как общение между лицами мужского пола и влияние со стороны ровесников, отстаивающих идею о том, что мужчины должны выполнять в обществе роль, отводимую им по признаку пола. Это вполне очевидно, поскольку в результате проведения межкультурных исследований по вопросам жестокого обращения с женами было установлено, что приблизительно в одной пятой крестьянских и небольших по размеру обществ «насилие в семье практически отсутствует». Существование таких культурных традиций свидетельствует о том, что насилие со стороны мужчин в отношении женщин не обязательно является результатом биологического строения или полового поведения мужчин.

Агрессивность у мужчин может проявляться в связи с различными огорчениями, разногласиями и разочарованиями по поводу вопросов, имеющих второстепенное или тривиальное значение. Насилие в быту является результатом молчаливого согласия: когда бытовое насилие является абсолютно неприемлемым, женщины, подвергающиеся надругательствам, выступают против этого и не пытаются скрыть своего унижения. Угроза физического насилия может приниматься во внимание в тех случаях, когда женщины стремятся к обсуждению вопросов планирования семьи, обращаются с просьбами о выделении ресурсов или принимают решения, касающиеся их потребностей в репродуктивном здоровье.

Во всех частях мира принимается все больше законодательных положений о защите женщин от бытового насилия. Однако обеспечение соблюдения таких положений может быть сопряжено с определенными проблемами, даже несмотря на наличие четко определенного законодательства по этому вопросу. Полиция зачастую старается не вмешиваться в семейные споры между как состоятельными, так и бедными людьми (по различным причинам).

Изнасилование

Нападения на сексуальной почве происходят при весьма различных обстоятельствах. Значение и последствия такого нарушения свободы и безопасности лица являются весьма различными и зависят от обстоятельств совершения такого нарушения. В 80 процентах случаев женщинам, подвергшимся нападению, известны те, кто совершил такое нападение — друзья, знакомые, партнеры по интимной связи или члены семьи.³⁸ Изнасилования, совершаемые

Во многих обществах сложился устойчивый миф о том, изнасилование не может произойти между людьми, знающими друг друга.



наимателями, начальством или супругами, следует признавать в качестве таковых; их не следует ни прощать, ни рассматривать их лишь в качестве серьезной формы сексуального посягательства.

Изнасилования и нападения на сексуальной почве создают для женщин такую угрозу, которая чревата огромным количеством отрицательных последствий для здоровья.³⁹ Они включают следующее: серьезные травмы, потерю сознания и психические отклонения (в том числе депрессия, злоупотребление алкогольными напитками, посттравматическое стрессовое состояние, злоупотребление наркотиками, чувство вины, расстройство, связанные с навязчивыми идеями, общее состояние тревоги, чувство унижения и растерянности, отказ от занятий, которые ранее доставляли удовольствие, избегание места или обстоятельства, в которых произошло изнасилование, ухудшение памяти, половая дисфункция, расстройство пищеварения и синдром раздвоения личности). В результате полового насилия для женщин также возникает угроза заражения заболеваниями, передаваемыми половым путем, и нежелательной

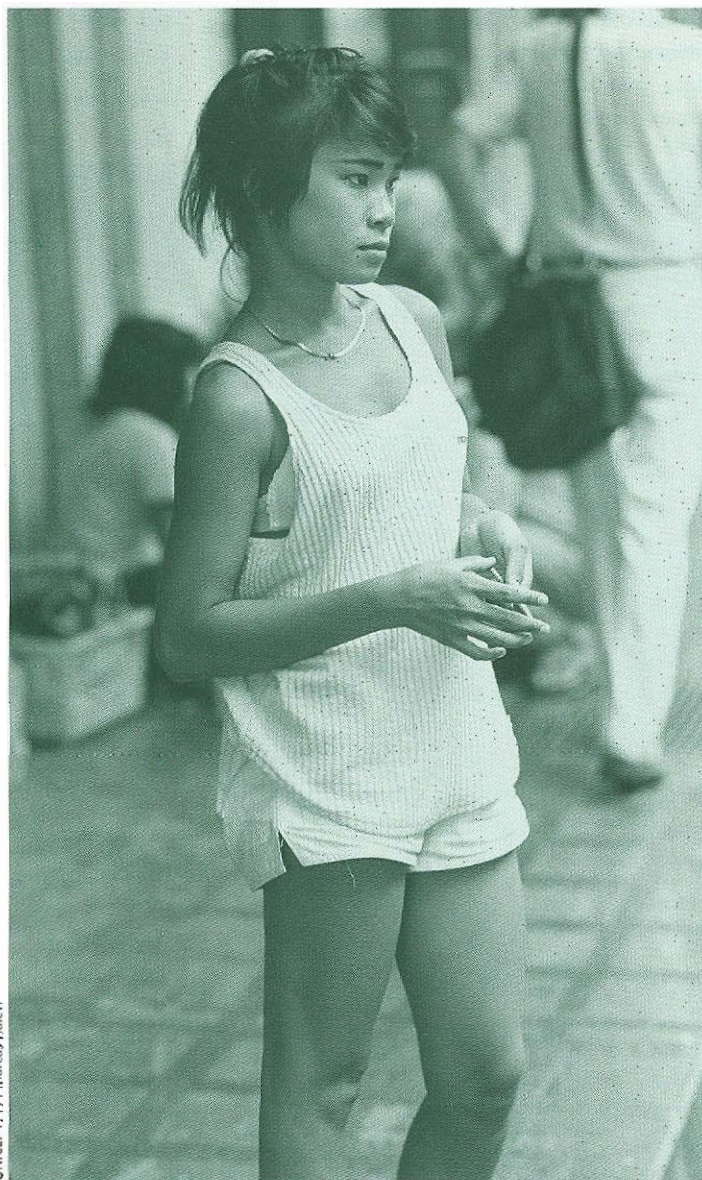
беременности. Оставшиеся в живых жертвы изнасилований впоследствии нуждаются в более значительном медицинском уходе в связи с весьма различными нарушениями и расстройствами, и то, что в связи с этим они подвергаются унижениям и жестокому обращению, может приводить к попыткам самоубийства. Это также затрагивает их семьи и друзей, поскольку жертвы изнасилований зачастую уклоняются от интимных отношений, или же у них в большей степени начинают проявляться такие черты, как боязливость, навязчивость и капризность.

Во всех культурных средах жертва изнасилования является объектом подозрений или отношения, подразумевающего наличие сговора с лицом, совершившим изнасилование. Поскольку факт изнасилования вызывает у женщин психологическую травму и покрывает их позором, о факте изнасилования сообщается лишь в незначительном числе случаев.

Согласно данным обследований, в рамках которых охватывались жертвы изнасилований, в Соединенных Штатах о фактах изнасилования сообщается только в 16 процентах случаев. Ежегодно изнасилованию или нападению на сексуальной почве подвергаются 700 000 женщин—одна женщина подвергается физическому насилию каждые 8 секунд и одна—изнасилованию каждые 6 минут; это составляет 118 изнасилований в расчете на 100 000 женщин в возрасте 15-59 лет.⁴⁰ Этот показатель значительно превышает соответствующий показатель в других развитых странах Европы (три следующие за Соединенными Штатами страны: Швеция—43; Дания—35; и Венгрия—31).

Многие страны на регулярной основе предоставляют Организации Объединенных Наций статистические данные о количестве случаев изнасилования в других обществах. Вместе с тем, достоверность этих данных зачастую вызывает сомнения. Чем больше унижение, которому подвергается жертва изнасилования, и чем меньше чувство сострадания к ним со стороны окружающих, тем меньше вероятность того, что о фактах изнасилования будет сообщаться официальным властям. Во всяком случае, имеется много данных о случаях нападений на сексуальной почве с применением насилия, особенно на молодых женщин и девочек, в Латинской Америке и в странах Африки, расположенных к югу от Сахары.

В большинстве случаев жертвами нападений на сексуальной почве становятся молодые девушки и женщины. Согласно докладу за 1992 год, в Соединенных Штатах 61 процент жертв нападений на сексуальной почве—это лица в возрасте до 18 лет. Рассмотрение содержащейся в других частях этого доклада информации о склонении к половым контактам также свидетельствует о развитии в глобальных масштабах тенденции, показывающей, что жертвами таких действий становится значительная часть молодежи. В результате исследования, проведенного в Канаде в 1993 году, в рамках которого были охвачены произвольно отобранные женщины, было установлено, что 54 процента в той или иной форме имели нежелательные или принудительные половые контакты в возрасте до 16 лет; 51 процент женщин сообщили, что они являются жертвами изнасилования или



UNICEF 1717 / Marcus Halevi

Нищета и растущие потребности каждый год вовлекают миллионы девушек в индустрию секса. На снимке: уличная сцена в Таиланде.

попытки изнасилования. В рамках исследования, проведенного в Перу, было установлено, что 90 процентов находившихся в одной из больниц молодых матерей в возрасте 12-16 лет являются жертвами изнасилования, зачастую совершенного одним из членов семьи. Было также установлено, что многие из беременных женщин подросткового возраста, находившихся в одной из больниц Коста-Рики, являются жертвами актов кровосмешения.

По оценкам, на изнасилования лиц мужского пола, совершаемые чаще всего другими лицами мужского пола, приходится около 5 процентов всех нападениях в Соединенных Штатах. Однако об уровне, географическом распределении и особенностях изнасилований, которым подвергаются мужчины в других обществах, известно мало.

В большинстве обществ сообщение о факте изнасилования не гарантирует получения компенсации от лиц, совершивших изнасилование, или привлечения их к ответственности. Половая социализация приводит к дальнейшему утверждению прочно укоренившихся мифов, закрепленных в законодательных или судебных концепциях, что осложняет задачу привлечения к ответственности сексуальных правонарушителей в различных обстоятельствах без наличия данных о физическом ущербе, нанесенном в результате нападения, сотрудничающих со следствием свидетелей или других данных, получение которых сопряжено с определенными трудностями. Мнение о том, что женщины тем или иным образом провоцируют изнасилование, сохраняется даже при наличии обстоятельств, которые явным образом опровергают его.

Во многих обществах сохраняется миф о том, что изнасилования не может быть между людьми, которые знают друг друга. Принудительные или вынужденные половые контакты без соответствующего согласия одного из партнеров могут иметь место независимо от того, какими до этого были отношения между данной парой. Изнасилование, совершаемое друзьями, коллегами и супругами, может приводить к исключительно серьезным психологическим травмам. Такое событие, происходящее в результате принуждения со стороны лиц, с которыми поддерживаются постоянные отношения на протяжении определенного периода, может приводить к подрыву чувства уважения к себе и в результате того, что ставится под сомнение чувство доверия и привязанности и усиливается ощущение беспомощности и утраты контроля над ситуацией. Право на безопасность и достоинство лица требует как минимум того, чтобы сексуальные отношения были свободны от какого бы то ни было принуждения.

Женщины, которые в униженной степени зависят от власти мужчин (заклученные, работницы, не имеющие специальной квалификации или собственности, призванники, беженцы, гражданские лица во время войны), также в значительной степени подвергаются опасности нежелательного принуждения к половым контактам. Сообщения об этом поступают из всех частей мира. Насилие в отношении женщин, сопровождающееся нападениями на сексуальной почве, является опасным, вероломным и

широко распространенным нарушением основных прав женщин.

Нарушение репродуктивных прав в чрезвычайных ситуациях

Изнасилование во время войны по-прежнему является распространенным явлением. Большое число доказательств этого было получено в ходе недавних конфликтов, в том числе в бывшей Югославии, Руанде, Камбодже, Либерии, Перу, Сомали и Уганде. Во время войны перемещение населения и другие нарушения социального порядка систематически использовались в качестве предлога для попыток или установления этнического господства.

Женщины, ставшие жертвами изнасилования, с трудом возвращаются к нормальной жизни, зачастую обнаруживая для себя, что семья и друзья отвергают их за «сотрудничество с врагом».

В то же время были укреплены потенциал и механизмы реагирования международного сообщества (см. вставку 27).

Незаконная торговля девочками и женщинами

Сексуальная эксплуатация детей и незаконная торговля ими представляют собой проблему глобального масштаба. На рынке секса уже насчитываются десятки миллионов детей, и ежегодно в коммерческую индустрию секса вливается 2 миллиона девочек в возрасте 5-15 лет.¹¹ В развивающихся странах коммерческий спрос на молодых женщин приводит к перемещению детей из бедных сельских семей в города, где индустрия секса обслуживает состоятельных людей, в том числе некоторых туристов.

Коммерческий секс приобретает все большие масштабы в Азии: в бедных странах и регионах—из-за высокого уровня безработицы и нищеты в сельской местности, в странах с развивающейся экономикой—из-за увеличивающегося разрыва в уровне богатства и роста спроса. По оценкам, в публичные дома в Индии было направлено или продано 300 000 непальских женщин. Политические деятели, у которых вызывает озабоченность эта проблема, сообщают о пособничестве полиции и местных властей некоторой деятельности, связанной с такой незаконной торговлей.

Нищета также является одним из факторов, способствующих торговле сексом в Латинской Америке и Африке. В сообщениях средств информации рассказывается о похищениях китайских женщин, которые продаются для заключения насильственных браков в тех частях страны, в которых несбалансированное соотношение полов и недостаточный уровень развития приводят к тому, что количество потенциальных жен является недостаточным.¹²

Европейский союз озабочен тем, что Комиссар по вопросам правосудия Анита Градин называет «работоторговлей женщинами»; речь идет приблизительно о 500 000 женщин, главным образом из стран Восточной Европы, которых принудили к занятию коммерческим сексом. Многих заманивают обещаниями о предоставлении другой работы и затем



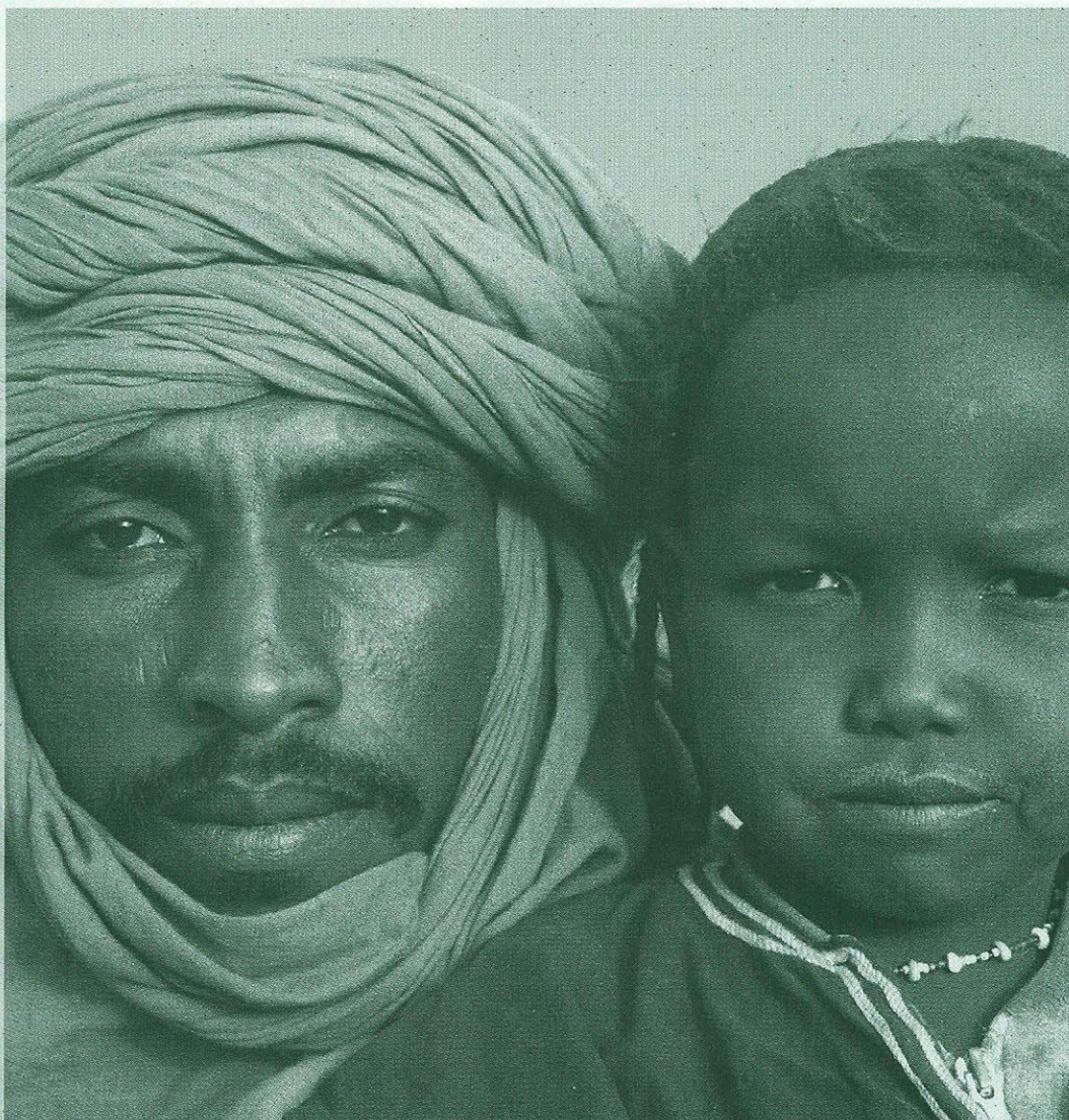
вынуждают заниматься проституцией для выплаты нанявшим их лицам существенно завышенной суммы задолженности за питание, жилье и проезд. В ряде государств—членов ЕС работницы индустрии секса являются преимущественно иностранками: в Германии уроженками других государств являются приблизительно три четверти проституток, в Милане—80 процентов уличных проституток и в Вене—80 процентов женщин, работающих танцовщицами и официантками в секс-клубах.¹⁵

Работники индустрии секса в значительно большей степени подвержены опасности заболеваний, передаваемых половым путем, и инфекции ВИЧ по сравнению с большинством других женщин, и для них характерен исключительно высокий уровень заражения инфекциями половых путей. В результате некоторых исследований было установлено, что до 80 процентов лиц этой категории инфицированы ВИЧ. При этом опасность существует не только для них; они и их клиенты являются переносчиками и распространителями этого заболевания. Прове-

денные в Нигерии и Индии исследования по вопросам распространения инфекции ВИЧ позволили установить, что она распространяется вдоль маршрутов движения грузового транспорта, на которых водители нередко вступают в половые контакты за деньги.

Для обеспечения контроля за распространением этой инфекции требуется не только наличие определенного чувства неотложности и ответственности у соответствующих мужчин, но и установление определенного контроля за функционированием индустрии секса, включая более эффективное обеспечение соблюдения закона, ликвидацию коррупции, обеспечение более эффективных средств правовой защиты и осуществление для работников индустрии секса здравоохранительных и социальных программ. Последние позволили добиться определенного успеха в Таиланде и Филиппинах, где работники индустрии секса отныне нередко требуют, чтобы их клиенты использовали презервативы.

Репродуктивные права и устойчивое развитие



UNICEF / 93-1989 / Giacomo Pirozzi

«Широкомасштабное распространение нищеты остается основным препятствием на пути осуществления усилий в области развития. Нищета нередко бывает сопряжена с безработицей, недоеданием, неграмотностью, низким социальным статусом женщин, подверженностью экологическому риску и ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию, включая медицинское обслуживание по вопросам репродуктивного здоровья, что, в свою очередь, включает планирование семьи. Все эти факторы обуславливают высокие уровни рождаемости, заболеваемости и смертности, а также низкую экономическую производительность ...»

—Пункт 3.13, Программа действий, принятая на
Международной конференции по
народонаселению и развитию, 1994 год

Для расширения возможностей населения в деле ликвидации нищеты и ускорения общего развития требуется признание и осуществление их базовых прав.

Репродуктивное поведение и репродуктивные права самым тесным образом связаны с осуществлением других социальных прав и возможностей. На всех форумах—МКНР, на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах социального развития и на четвертой Всемирной конференции по положению женщин—езде признавалось, что устойчивое развитие, среди прочего, определяется через достижение более высокого качества жизни для всех людей, независимо от их пола. Из этого положения вытекает необходимость в разработке повестки дня, которая была бы непосредственно нацелена на удовлетворение потребностей и чаяний каждого человека—мужчин, женщин и детей, как в настоящее время, так и в будущем. Для расширения прав и возможностей людей, которые позволят им покончить с жизнью в условиях нищеты и ускорить развитие в целом, потребуется обеспечить признание и осуществление их основных прав.

Равенство между мужчиной и женщиной

Расширение прав и возможностей женщин будет играть главную роль в деле выполнения этой повестки дня, ориентированной на потребности человека. Задачи развития, стоящие перед многими странами, слишком грандиозны, чтобы допустить наличие такой ситуации, когда из-за существующих жестких стереотипов в вопросах пола половина населения страны не в состоянии вносить свой полновесный вклад в их решение. В тех областях, где женщины получили возможность принимать участие, а во многих странах это в основном работа по домашнему хозяйству и в неформальном секторе экономики, их вклад был довольно большим, хотя и оценивался он не в полной мере.

Социальные, экономические и политические права взаимосвязаны не только в теоретическом плане—в деле их осуществления также прослеживается тесная взаимосвязь. Так, например, доступ женщин к услугам по охране репродуктивного здоровья обуславливается целым рядом более широких ограничений социального характера, с которыми им придется сталкиваться, в том числе отсутствием ресурсов, необходимых для охраны своего здоровья, или отсутствием должного к нему внимания, существующими ограничениями на их участие в жизни общества, а также ограниченностью их доступа к информации в результате неграмотности.

Расширение прав и возможностей женщин в социальной области, без сомнения, способствует их хорошему репродуктивному здоровью, которое, в свою очередь, зависит от того, насколько успешно идет этот процесс. Мобильность, и в особенности свобода совершать поездки за пределами своего дома, являются важным фактором, расширяющим доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Экономическая безопасность, в том числе право владеть собственностью и иметь сбережения наличных средств, дает женщинам возможность принимать участие в обсуждении решений, касающихся семейных расходов. В тех случаях, когда женщины

осуществляют контроль над тем, как производятся покупки (либо благодаря наличию собственных доходов, либо делая это вместе со своими супругами), они вкладывают больше находящегося в их распоряжении средств в своих детей, свой дом и в свое здоровье. Совместно принимаемые решения по вопросам домашнего хозяйства расширяют имеющиеся у семьи возможности по повышению благосостояния каждого из ее членов.

Успешное осуществление репродуктивных прав способствует непосредственно или косвенным образом укреплению семьи. Слабое здоровье и ранняя смерть, наступившая в результате заболеваний репродуктивной системы, приводят к значительной потере ресурсов. Более того, отсутствие у женщин контроля над своей репродуктивной деятельностью влечет за собой дополнительные расходы. В ходе исследования, проведенного на Филиппинах, было показано, что частота деторождений в значительной степени сказывается на возможности женщин предлагать свои услуги на рынке рабочей силы; там, как и в других странах, женщины должны работать, чтобы удовлетворять основные потребности семьи. Результаты того же исследования показали, что деторождение в значительной степени сказывается на качестве жизни в семье, в том числе на наличии имущества и удобств, на качестве рациона питания и благосостоянии детей.¹

Существует также связь между планированием семьи и более низким уровнем распада брачных уз. Со всей очевидностью можно сказать, что те пары, которые обсуждают семейные проблемы и принимают решения совместно—в том числе решения, касающиеся планирования семьи,—в большей степени в состоянии адаптироваться и к другим стрессовым ситуациям, которые выпадают на их долю. Большая степень контроля при принятии репродуктивных решений также уменьшает тяжесть стрессовых ситуаций и то бремя, к которым вынуждена приспосабливаться данная пара.

И хотя использование контрацептических средств само по себе, возможно, и не внесет каких-либо изменений в ту ситуацию, которая характерна для жизни женщины, осуществление ею контроля над своей фертильностью часто ассоциируется с ее возможностью делать более широкий выбор и в других жизненных областях. Знания, которыми располагают женщины в вопросах управления, их участие в политической жизни, в том числе и в деятельности местных неформальных ассоциаций, также оказывают влияние на осуществление ими своих прав. При этом не менее важным является знание законов о заключении брака и о наследовании, а также наличие механизмов, гарантирующих справедливое применение этих законов.

Роль мужчин

Дискуссия о равноправии мужчин и женщин в равной степени распространяется на оба пола. Усилия по расширению прав женщины начали предприниматься после признания необходимости исправить такие ситуации, когда женщины систематически лишаются доступа к возможностям, открытым для мужчин, а также

в силу необходимости покончить с проводимой на основе пола дискриминацией при распределении ресурсов и получаемого вознаграждения. В существовавших на ранних этапах формулировках по вопросу о правах имеющиеся у мужчин возможности использовались в качестве стандарта, на основе которого давалась оценка наличия этих возможностей для женщин. Однако сокращение для многих женщин возможностей, вызванное тем, что в обществе роли распределялись на основе принадлежности к тому или иному полу, также привело к тому, что бремя, возложенное на мужчин, возросло. Через признание, развитие и реализацию потенциала, который различен у мужчин и у женщин, можно добиться повышения качества жизни для всех.

Жизнь женщины обычно определяется ее ролью в качестве матери, а для мужчин главным является их роль в качестве главы семейства и кормильца. Роль мужчины в качестве отца определена, как правило, более расплывчато. Тем не менее обязательства мужчины в отношении своих детей играют ключевую роль как в обеспечении качества жизни для его семьи, так и с точки зрения перспектив, открывающихся перед следующим поколением.

Вклад, который вносят женщины в семейный бюджет, вне зависимости от того, получают ли они за это вознаграждение или нет, является значительным, хотя и недооценивается. На «домашнем фронте», в то время как женщины во всей большей степени играют роль в материальном обеспечении семьи, доля ответственности мужчин в семейной жизни не увеличилась. В частности, представляется, что ответственность за детей по-прежнему лежит на их матери.

Для более успешного привлечения мужчин к участию в делах своей семьи политические деятели, правительства и НПО, которые ставят перед собой подобную задачу, вначале должны стремиться к устранению культурных барьеров. Они должны проводить информационно-просветительную работу среди мальчиков и мужчин с тем, чтобы подготовить их к необходимости в более полном объеме выполнять отцовские функции. Результаты исследований показали, что подобная информационно-просветительская работа, проводимая с учетом накопленного опыта, способствует укреплению уз, существующих между отцами и их детьми. Средства массовой информации также могут сыграть здесь определенную роль, в позитивном ключе представляя картину взаимоотношений между отцами и детьми.

Несмотря на целый ряд фактов, свидетельствующих о том, что поддержка, которую мужчины оказывают женщинам в ходе беременности, и их участие в процессе родов сказывается на всех благоприятно, до настоящего времени целенаправленной пропагандистской работы в этом направлении не проводилось. Скорее наоборот, в некоторых медицинских учреждениях работа организована таким образом, что не позволяет мужчинам, которые хотели бы участвовать в этом процессе, делать это. Программы, проводимые на Ямайке, в Камеруне и других странах, тем не менее показали, что мужчины с готовностью откликаются на усилия по их привлечению к участию в развитии послеродового периода, который является критичес-

ВСТАВКА
28

Индия принимает цели МКНР, однако неравенство мужчин и женщин имеет глубокие корни

Индия приняла всеобъемлющий план национального развития, который включает в себя цели Каирской и Пекинской конференций. Селективные аборт объявлены вне закона. Благодаря Программе обеспечения благосостояния семей увеличился объем средств, выделяемых на охрану репродуктивного здоровья, и расширился комплекс оказываемых в этой области услуг. В целях обеспечения уважительного отношения к отдельным клиентам были разработаны новые правила программ в области планирования семьи, основной упор в которых делается на клиентов, а не на конкретные методы контрацепции. Кроме того, Индия подготовила законопроект для обеспечения того, чтобы женщины занимали по меньшей мере треть мест в парламенте и законодательных органах штатов.

Однако Индия продолжает сталкиваться с серьезными препятствиями в деле разработки демографической политики, основной упор в которой делается на человеческий фактор. Как правило, женщины занимают более низкое место в обществе, чем мужчины, и в большей степени страдают от последствий нищеты. По сообщению одной из групп, занимающихся вопросами прав человека, положения конституции и законов, касающихся защиты прав женщин, не всегда осуществляются, особенно в сельских районах.

Совершенно очевидно, что предпочтение отдается мальчикам, а не девочкам, свидетельством чего являются различия в питании и состоянии здоровья, а также явные диспропорции между показателями смертности младенцев мужского и женского пола. Как правило, девочек меньше кормят грудью, отнимают от груди в более раннем возрасте, дают им меньше пищи и реже оказывают им медицинские услуги.

Учитывая, что нередко женщины недоедают, вероятность их смерти при родах велика. Хотя минимальный разрешенный законом возраст вступления в брак составляет 18 лет, в сельских районах по-прежнему широко распространена практика детских браков. Роды в раннем возрасте и большое число неквалифицированных абортов способствуют высокой детской смертности, которая составляет 570 смертей на 100 000 живорождений.

Приданое остается традицией, хотя официально оно запрещено законом. Жены живут в семьях своих мужей и зачастую становятся жертвами психологического и физического насилия, если после свадьбы они не могут удовлетворить требования родственников об увеличении размера приданого. Как сообщалось, в 1993 году около 5 тыс. женщин умерло по причинам, связанным с приданым, а о многих смертях не сообщалось, или же они квалифицировались как несчастные случаи.

Официальные статистические данные свидетельствуют о том, что в течение прошедшего десятилетия масштабы насилия в отношении женщин расширились. Как сообщается, широко распространена практика избияния жен. Опасаясь, что их выгонят из дома, часто женщины не хотят сообщать об избияниях. В последние годы увеличилось число сообщений об изнасилованиях. Нередко в судах на жертвы изнасилования ложится несмываемое пятно позора, а их показания опровергаются. Наказание за совершение полового акта без согласия супруги выносится лишь в том случае, если супружеская пара разведена.

Как сообщается, широкие масштабы в Индии приобрела детская проституция; часто несовершеннолетние вынуждены работать в публичных домах. В некоторых районах страны все более широкое распространение получает практика продажи девочек-невест иностранцам.

Источник: Human Rights Briefs: Women in India, 1995. Ottawa, Canada: Immigration and Refugee Board, October 1995.



ки важным моментом, когда важна поддержка, оказываемая ими своим партнерам, и устанавливаются тесные узы, связывающие их с новорожденными детьми. Необходимо проводить политику и разрабатывать программы, в которых признается критически важная для семьи роль обоих родителей.

Мужчины часто плохо представляют себе потребности женщин в области репродуктивного и сексуального здоровья и не относятся к этому с должным вниманием. Во многих странах сохраняется искаженное понимание и существуют различные мифы относительно сексуальности и репродуктивной системы женщины, хотя и имеются некоторые данные, свиде-

тельствующие о наличии перемен в отношениях мужчин к целому ряду табу и проблем, в том числе по таким вопросам, как менструация и «чистоплотность». Определение ответственности мужчины перед своей семьей только на основе выполняемых им экономических и защитных функций может помешать ему установить со своими детьми и супругой заботливые и дающие удовлетворение взаимоотношения. Сложившиеся гендерные стереотипы также могут привести к тому, что к мужчинам будут предъявляться нереалистичные требования, а их невыполнение может вызвать у них чувство неудовлетворения и неуверенности, что в свою очередь может спровоцировать с их стороны насилие или уклонение от своих обязанностей.

Существующие в обществе модели, в соответствии с которыми проходит воспитание и становление мальчиков и мужчин, привело к увековечиванию этих мифов, к соответствующему восприятию их роли и к определенным требованиям к их сексуальности и мужским качествам, а также к согласию в определенных пределах с насилием в семье. Все чаще высказываются сомнения в правильности таких концепций, но значительная доля мужчин, хотя они и являются представителями меньшинства, продолжает считать, что вопросы сексуального и репродуктивного здоровья женщины должны касаться лишь женщин и в этом случае недостойны их внимания.

Необходимо, чтобы мальчики и мужчины в своих семьях, школах и общинах знакомились с позитивными ценностями и мерами, направленными на то, чтобы обеспечить достойный и ответственный подход к вопросам сексуальности и родительских обязанностей. Необходимо, чтобы мужчины осознавали опасность, с которой сталкивается женщина в результате беспорядочных половых связей, в результате традиционной пагубной для здоровья практики или слишком раннего начала своей половой жизни; они также должны осознавать опасность, связанную с беременностью и родами, и предпринимать необходимые меры.

Охрана здоровья женщины, в особенности охрана ее репродуктивного и сексуального здоровья, требует, чтобы и мужчина и женщина, составляющие пару, совместно об этом заботились и стремились бы к этому.

В течение последних десятилетий все более активно велось обсуждение между мужем и женой вопросов репродуктивного здоровья, в том числе и вопросов планирования семьи. Мужчины часто играют важную роль—прямо или косвенно—в принятии решений по вопросам планирования семьи, однако они берут на себя лишь незначительную роль в домашнем хозяйстве и семей-

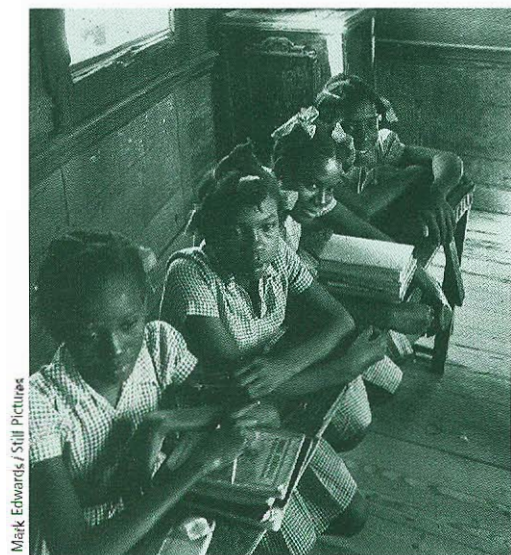
ных делах или ухаживая за детьми. Мнение мужчин относительно оптимальных размеров семьи часто совпадает с мнением их партнеров по этому вопросу, хотя иногда они предпочитают семьи чуть большие по размеру. Если бы распределение ответственности по ведению домашнего хозяйства было бы более равным, то мнение мужчин относительно размеров семьи еще в большей степени приближалось бы к мнению их партнеров.

Все большее число женщин работают сегодня над расширением своих прав и возможностей. Но они не смогут добиться этого в одиночку. Крайне важной представляется поддержка мужчин—вряд ли усилия по повышению статуса женщины будут успешными без такой поддержки. Поскольку в большинстве стран земного шара мужчины занимают главенствующие позиции в структурах власти и держат в своих руках рычаги, с помощью которых можно оказывать влияние на отношение общества к тем или иным проблемам, именно они должны сыграть ключевую роль в деле устранения неравенства между мужчинами и женщинами. Мужчины должны прийти к признанию того, что расширение прав и возможностей женщины не таит в себе угрозы для семьи и общества, а является скорее путем к их укреплению. Общественного прогресса можно достичь лишь в том случае, если мужчины будут содействовать расширению прав и возможностей женщин во всех областях: в семье при принятии репродуктивных решений, в сфере образования, на рабочем месте, а также в политической, законодательной и общественной деятельности.

Содействие развитию образования

В большинстве стран земного шара слишком мало внимания уделялось вопросам образования девочек. В уровнях образования между мужчинами и женщинами существуют колоссальные различия. В глобальном плане на сегодняшний день почти 600 миллионов женщин остаются неграмотными; для сравнения: этот показатель для мужчин составляет 320 миллионов человек. Более того, в некоторых частях земного шара по крайней мере три женщины из четырех являются неграмотными, а уровень образования остальных женщин представляется крайне незначительным. Такое пренебрежение к их потребностям привело к критическим последствиям для благосостояния женщин, сказалось на расширении их прав и возможностей, на их роли и на их участии в принятии репродуктивных решений.

Через расширение своих прав и возможностей женщины сами смогут контролировать свою жизнь. Образование, которое получают девочки, является ключевым фактором в деле улучшения здоровья семьи, сокращения детской смертности и изменения модели репродуктивного поведения. Благодаря образованию возрастает уверенность в своих силах и чувство собственного достоинства. Существует большая вероятность того, что женщины, имеющие образование, сами смогут постоять за себя, предложить свои услуги на рынке рабочей силы и постараются обеспечить медицинские услуги для себя и для своих детей.



Mark Edwards / Still Pictures

Гаитянские школьницы. Образование способствует формированию у девочек чувства уважения к самим себе и позволяет им контролировать их репродуктивную жизнь.

В то время как лишь в немногих исследованиях рассматривается то несметное число «взаимосвязок», существующих между образованием женщин, их независимым положением и их репродуктивным поведением, сделанный недавно обзор публикаций по различным дисциплинам и различным регионам подтверждает, что почти в любом окружении, независимо от региона, культуры и уровня развития, женщина с высоким уровнем образования в большей степени способна оказывать влияние на ход своей жизни, в том числе и своей репродуктивной жизни, и имеет меньше детей по сравнению с женщинами без образования. Почти во всех рассматриваемых в обзоре ситуациях наблюдается наличие этой прямой связи, и ей нельзя найти объяснение на основе лишь того факта, что женщины, имеющие образование, выходят замуж за более образованных мужчин или являются выходцами из более богатых семей.²

В то же время исследование предостерегает от вывода о том, что даже незначительное по своему уровню образование может в обязательном порядке увеличить степень независимости женщины, улучшить ее репродуктивное здоровье или позволит ей в любой ситуации принять оптимальное репродуктивное решение. В тех ситуациях, где уровень доходов и уровень грамотности низкий и где имеются большие различия в уровнях грамотности между мужчинами и женщинами, существует, как представляется, пороговый уровень образования, лишь по достижению которого могут произойти изменения в фертильности и других аспектах репродуктивного поведения. Результаты исследований со всей ясностью показывают, что отдача от полученного образования наиболее велика среди женщин, прочувствовавших более пяти-шести лет в школе; значение его также велико в тех случаях, когда образование позволяет женщине играть большую роль в принимаемых ее семьей решениях и осуществлять больший контроль над ресурсами.

На протяжении последних нескольких лет как на международных форумах, так и на национальном уровне все в большей степени признавался тот факт, что образованию женщин уделялось лишь второстепенное внимание: при этом делались заявления о намерении увеличить инвестиции в образование для женщин. В Программе действий МКНР подтверждается право каждого на получение образования, при этом особое внимание уделяется женщинам и девочкам. Образованию в ней отводится роль ключевого фактора по обеспечению устойчивого развития и расширению прав и возможностей женщин, а ликвидация неграмотности рассматривается в качестве «одного из необходимых условий развития человеческой личности». На МКНР прозвучал призыв сделать начальное образование доступным для всех к 2015 году. Прозвучало также обращение к странам предпринять шаги для того, чтобы девочки и девушки-подростки не прекращали бы обучение в школе, что делает возможным сократить к 2005 году разницу в уровнях образования между мужчинами и женщинами. Внимание должно уделяться «качеству и типу образования; должны признаваться традиционные ценности», в Программе действий содержится призыв к «тем странам, которые достигли цели всеобщего начального

образования ... расширить образование и подготовку до ступеней средней и высшей школы и содействовать переходу в эти ступени и завершению обучения на них».

Мужчины являются членами законодательных органов, принимают решения в министерствах образования и в составе школьной администрации участвуют в разработке школьных программ, выступают в качестве учителей и отцов, и поэтому роль их критически важна. Они должны добиться того, чтобы у девочек была возможность ходить в школу, доводить обучение до конца, а также приобретать навыки, необходимые им для успешной деятельности на своем рабочем месте и на равноправной с другими основе участвовать в жизни общества. Мужчины также должны научить мальчиков по-новому подходить к оценке своей роли и роли женщин в этом быстро меняющемся мире.

Образование может дать мальчикам возможность по-новому взглянуть на те качества, которыми должен обладать мужчина, когда вместо осознания своей доминирующей роли приходит осознание совместной ответственности. Для девочек образование может означать расширение возможностей самим принимать осознанные решения. Дайте девочке образование, и вы наделяете ее возможностью делать выбор. Предоставьте девочке благоприятное для ее развития окружение, и она сможет изменить в лучшую сторону общество, в котором живет. Обеспечьте для нее услуги по охране репродуктивного здоровья, и она и ее дети будут более здоровыми в будущем.

Наступление на нищету

Наступление на нищету, которое осуществляется через предоставление экономических возможностей, также улучшает репродуктивное здоровье. Осуществление сексуальных и репродуктивных прав поможет покончить с нищетой. Во многих отношениях беднейшие слои населения находятся в неблагоприятном положении. Не имея политического влияния и не играя какой-либо заметной роли в жизни общества, они не охвачены в должной мере услугами, предоставляемыми обществом, и в то же время не могут для удовлетворения своих основных потребностей прибегнуть к услугам частного сектора. Очень часто дни их проходят в борьбе за выживание. Их основные социальные и экономические права часто ограничены, в том числе право на охрану репродуктивного и сексуального здоровья, и порой они не знают, в чем эти права заключаются.

Что касается охраны репродуктивного и сексуального здоровья, то представители беднейших слоев населения находятся в неблагоприятном положении уже с самых ранних этапов своей жизни. Дети малоимущих родителей, матери которых, по всей вероятности, сами недоедали, имеют больше шансов на то, что будут иметь при рождении низкий вес и, как следствие, в начальные годы своей жизни будут подвергаться большей опасности, связанной со слабым здоровьем и возможной смертью. Если ребенок и далее в течение первых лет своей жизни будет получать недостаточное питание, то это может при-

*Реализация
сексуальных и
репродуктивных
прав будет
способствовать
искоренению
нищеты.*



остановить его рост и задержать физическое и умственное развитие.

По сравнению с другими женщинами малоимущие матери имеют, как правило, большее количество детей. Часто они не знают о наличии контрацептивных услуг или находятся за пределами их досягаемости, иногда в качестве сдерживающего для них фактора выступает реальная или предполагаемая стоимость таких услуг. В семьях, существующих на грани минимального прожиточного уровня, большее количество детей означает большую конкуренцию за имеющиеся ресурсы. На детей оказывается давление, с тем чтобы они вносили свой вклад в семейный бюджет, при этом уменьшается и без того ограниченное желание дать им образование. По мере роста семьи девочкам часто приходится пропускать школу, чтобы помогать в воспитании детей и выполнять другие домашние дела.

Меняющиеся условия жизни в различных частях земного шара ставят семьи в такие ситуации, с которыми не сталкивались предыдущие поколения. Исследования показывают, что женщины начинают в большей степени отдавать себе отчет в том, что перспектива добиться лучшей жизни для своей семьи зависит от возможности дать своим детям образование. Даже в тех случаях, когда экономическое развитие было медленным, а условия жизни не претерпели резких изменений, люди совершенно по-иному, по сравнению со своими родителями, подходят к вопросу о том, как их репродуктивная и сексуальная жизнь связана с возможностью самим добиться успеха и обеспечить такой же успех своим детям.³ Возникновение новых социальных норм привело к тому, что в обществе получили поддержку самоопределение в области репродуктивного выбора и выбор в пользу небольших по размеру семей. Там, где оказываются репродуктивные услуги, с их помощью можно внести большой вклад в сокращение масштабов нищеты.

Исследования, проведенные в различных частях земного шара,⁴ показывают, что программы, с помощью которых ведется наступление на нищету путем предоставления экономических возможностей,

позволяют также бедным слоям населения, в особенности женщинам, осуществлять большую степень контроля над всеми аспектами своей жизни. Наиболее сильное воздействие при этом, в частности, оказывается на репродуктивное здоровье и поведение. Например, как показало исследование, проведенное в сельской местности Бангладеш, где «Грамин бэнк» предоставлял небольшие займы группам женщин для экономической деятельности, все женщины, в том числе и те, которые не входили в эти группы, могли в большей степени оказывать влияние на принятие решений по сравнению с женщинами в таких же деревнях, где подобная возможность не предоставлялась. И, как следствие, имеется также большая вероятность того, что эти женщины будут использовать контрацептивные средства.

В тех обществах, где существующие традиции требуют сохранения социальной изоляции женщин, программы, позволяющие обеспечить самостоятельную занятость, могут иметь большое значение уже благодаря тому, что с их помощью женщины в неофициальной обстановке вступают в контакт с другими женщинами, в том числе и с теми, кто на практике осуществляет планирование семьи. Наряду с расширением объема получаемой информации, результатом этого может также быть изменение социальных норм по вопросам фертильности и контрацептивных средств.

Существует сложная взаимозависимость в области образования, занятости, контроля над ресурсами и контроля за принятием репродуктивных решений, осуществляемых женщинами. Результаты исследований в Того,⁵ например, показывают, что чем больше степень контроля, осуществляемого женщиной над экономическими ресурсами⁶ и в выборе своего супруга,⁷ тем больше вероятность того, что она будет обсуждать со своим партнером вопросы планирования семьи. Более высокий уровень развития дискуссии по этим вопросам между супругами ассоциируется с более широким применением традиционных и современных методов планирования семьи. Использование современных методов ассоциируется также с более высоким уровнем образования и с жизнью в городе.

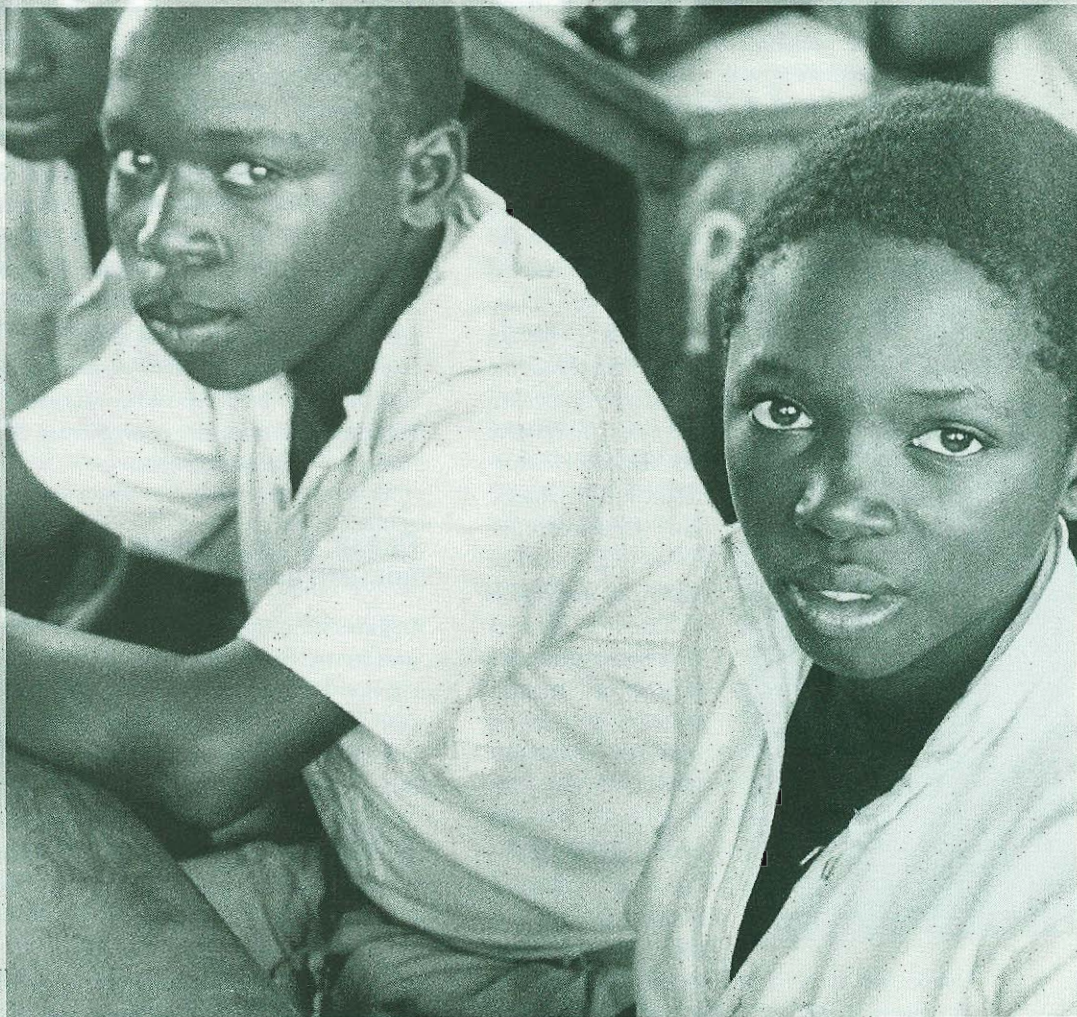
Начиная с 1982 года ЮНФПА действует в таких разных по своим условиям странах, как Индия, Мадагаскар, Парагвай и Судан, оказывая содействие по более чем 20 проектам, в которых наряду с предоставлением информации и услугами по охране репродуктивного здоровья предоставляются небольшие по объему кредиты. Результаты этой деятельности показывают, что выгоды, которые дает контроль над репродуктивной жизнью и экономической жизнью, взаимно дополняют друг друга. Улучшение бытовых условий и обеспечение одновременно с этим доступа к информации и услугам по охране репродуктивного здоровья способствует повышению у женщин чувства собственного достоинства, уверенности в себе, расширяет их возможности по участию в политической и общественной жизни и в процессе принятия решений, упрочивает их позиции в семье. От этого выигрывают женщины, выигрывают их семьи, это способствует процветанию общества, в котором они живут.



Если у девочки будет возможность получить образование, она сможет принимать решения. На снимке: бывшая беженка, репатрированная в Таджикистан в 1995 году.

.....
ГЛАВА 5:

Задачи и потребности



Still Pictures

«Ликвидация нищеты на основе устойчивого экономического роста, социального развития, охраны окружающей среды и социальной справедливости требует вовлечения женщин в экономическое и социальное развитие, равных возможностей и полного и равноправного участия женщин и мужчин как движущих сил и бенефициаров ориентированного на людей устойчивого развития».

—Пункт 16. Пекинская декларация, принятая на четвертой Всемирной конференции по положению женщин, 1995 год

Существует настоятельная необходимость предпринимать действия по двум направлениям: во-первых, установить широкий спектр прав человека, способствующий реализации сексуальных и репродуктивных прав, и создать условия для их осуществления и, во-вторых, обеспечить наличие информации и услуг, которые в полном объеме отвечают требованиям сексуального и репродуктивного здоровья.

Больше внимания следует уделять вопросам расширения прав человека, в особенности тем вопросам, которые способствуют достижению равенства между полами и расширению прав и возможностей женщин. Необходимо изменить существующие законы и процедурные

нормы и укрепить механизмы защиты существующих прав. Существует необходимость в разработке процедур, позволяющих документально подтверждать нарушение прав человека. Как правительство, так и общественные институты должны в большей степени быть подотчетными в области защиты прав человека. Следует проводить информационно-просветительскую работу в области прав человека и создавать объединения на основе учреждений, занимающихся

После первичного медико-санитарного обслуживания самые ценные инвестиции, которые может сделать страна, будут инвестиции для деловых сделок между мужчинами и женщинами в плане образования

вопросами прав. На международной арене при осуществлении программ помощи больший приоритет должен уделяться целям и задачам, стоящим в области прав человека.

Нищета—главный фактор, который является препятствием как для женщин, так и для мужчин, в особенности в развивающихся странах, на пути к осуществлению их сексуальных и репродуктивных прав. Действия, рекомендуемые в данном докладе, помогут внести большой вклад в борьбу с нищетой; тем не менее, для того чтобы увеличить доступ женщин к кредитам и экономическим ресурсам, потребуются принятие конкретных мер.

Образование как по широкому кругу вопросов, так и по конкретным направлениям—вопросам сексуального и репродуктивного здоровья — требуется на всех уровнях. Наиболее ценным капиталовложением, которое может сделать страна после обеспечения первичной медико-санитарной помощи, это—добиться для девушек и женщин сокращения разрыва в уровнях образования, существующего по признаку пола. У мальчиков и мужчин имеются

конкретные потребности в области образования, в частности по вопросам взаимоотношений между полами—такой подход поможет им занять свое должное место в качестве равных партнеров рядом с женщинами в жизни семьи, общины и государства. Насилие в семье и сексуальные насилие не прекратятся до тех пор, пока существует неравенство между мужчинами и женщинами.

Необходимо изменить структуру услуг системы здравоохранения, чтобы они соответствовали потребностям охраны репродуктивного и сексуального здоровья клиентов, в том числе и тех групп населения, которые в настоящее время не охвачены ими должным образом. Необходимо разработать рекомендации, стандарты поведения и методы оценки. В разработке, осуществлении и контроле за выполнением программ должны принимать участие все институты гражданского общества—правительства, неправительственные организации и частный сектор. При размещении ресурсов необходимо уделить приоритетное внимание обеспечению сексуальных и репродуктивных прав.

Права, наделяющие новыми возможностями

Стратегия в области народонаселения и развития. В странах всего мира подвергается анализу и пересмотру политика, проводимая в рамках программ по вопросам народонаселения и развития, с тем чтобы отразить в ней консенсус, достигнутый на международных конференциях по проблемам развития, а также взятые на МКНР обязательства по охране репродуктивного здоровья и репродуктивных прав. Этот процесс должен продолжаться.

Равенство полов и справедливость. Благодаря состоявшимся в этом десятилетии международным конференциям беспрецедентное внимание на глобальном уровне уделялось вопросам социального развития, и в частности вопросу о том, что оно означает или что оно должно означать для женщин. По мере того, как страны будут продолжать выполнение достигнутых на конференции договоренностей, будет расти осознание стоящих в этой области проблем. В системе Организации Объединенных Наций гендерная тематика учитывается при разработке и осуществлении программ и процедур, разрабатываются данные, дифференцированные с учетом гендерного подхода,¹ а также предлагается помощь различным странам, предпринимающим усилия по разработке учебных программ, учитывающих особенности культуры страны.² В различных органах ООН ведется работа с целью добиться снятия оговорок, выдвигаемых государствами по Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также с целью принятия ее проекта факультативного протокола, предусматривающего создание контрольных механизмов.

Методы для определения прогресса. В системе Организации Объединенных Наций Межучрежденческая целевая группа по основным социальным услугам для всех разрабатывает набор показателей, позволяющий измерить, насколько отличаются в зависимости от пола показатели в области образования, доступ к основным услугам в области здравоохранения, к услугам в области планирования семьи, а также уровень заболеваемости и смертности (включая материнскую смертность). Уже началась работа по согласованию различных видов методологии, которые используются организациями по правам человека в различных областях здравоохранения, специализированными учреждениями Организации Объединенных Наций и в национальных системах учета.

Многосторонние и двусторонние учреждения по оказанию помощи сотрудничают в целях разработки показателей, позволяющих определить, насколько успешно осуществляются программы по охране репродуктивного здоровья.¹ В ЮНФПА в настоящее время разрабатываются показатели, позволяющие определить, в каком состоянии находится в стране охрана репродуктивного здоровья (показатели по планированию семьи, здоровью матери, инфекции половых путей и венерическим болезням, аборт и медицинскому уходу после абортов, бесплодию и традиционной пагубной для здоровья практике), а также определить, насколько эффективна политика и программы в этой области. Дополнительные демографические, социальные и экономические данные дадут необходимый контекст для интерпретации этих показателей.

Защитники прав человека, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ, Отдел ООН по улучшению положения женщин и договорные органы по правам человека приступили к консультациям о создании механизма контроля за охраной репродуктивных и сексуальных прав в контексте существующих механизмов в соответствии с договорами по правам человека. Соответствующие показатели в области общественного здравоохранения могут быть включены в существующую национальную процедуру отчетности перед этими договорными органами.

Представление документов, подтверждающих нарушения. Точно так же, когда в ходе контроля за соблюдением гражданских и политических прав выявляются конкретные нарушения, такие, как произвольный арест или задержание, должны существовать механизмы, позволяющие выявлять и устранять нарушения в области репродуктивных и сексуальных прав, например, незаконные медицинские процедуры. Это положение должно распространяться на гендерные проблемы, такие, как дифференциация прав при наследовании и на владение имуществом.

Укрепление механизмов по защите прав. Существующие правовые гарантии в области

гражданских, экономических и социальных прав должны эффективно осуществляться и соответствующим образом применяться на справедливой основе. Необходимо провести подготовку должностных лиц, чтобы добиться справедливого рассмотрения жалоб и обеспечить соблюдение законов (например, законов в отношении насилия в семье, сексуального домогательства и изнасилования), которые защищают права, обеспечивающие равенство полов и охрану репродуктивного и сексуального здоровья. Предпринимаемая в этой связи пропагандистско-информационная деятельность может способствовать росту осознания в обществе этих проблем и заставить тех, кто разрабатывает политику в этой области, и общественные институты уделять приоритетное внимание таким проблемам.

Правовые и процедурные реформы. Право на охрану сексуального и репродуктивного здоровья должно быть закреплено с помощью правовых и организационных рамок. В конституциях некоторых стран (в особенности в Чили, Мексике и Южной Африке) обеспечиваются эксплицитные гарантии по охране репродуктивных прав. Во многих других странах были внесены изменения в существующие законы и процедуры по вопросам семьи, наследования, доступа к кредитам, школьного образования, насилия в семье и борьбе с дискриминацией. В некоторых странах были пересмотрены существующие медицинские кодексы и рекомендации по вопросам этики с целью включить в них стандарты по уходу, которые соответствуют гарантиям в области прав человека. Масштабы таких изменений, сделанных за последнее время, показывают, что после проведения международных конференций ширится работа по пересмотру национальных законов и процедур.

Отчетность. Необходимо облечь в организационно-структурные рамки меры, направленные на то, чтобы добиться большей отчетности программ, как в плане их эффективности, так и имеющихся нарушений в области прав. Необходимо, чтобы на уровне общин, а также поставщиками услуг велась работа с целью добиться назначения независимых наблюдателей, которые занимались бы рассмотрением поступающих к ним жалоб.

Неправительственные объединения. Организации, занимающиеся правами человека, расширением прав и возможностей женщин, охраной здоровья и репродуктивных прав, создают между собой объединения, чтобы добиться общих стоящих перед ними целей и задач. Исторический консенсус по вопросам охраны репродуктивных и сексуальных прав, достигнутый на МКНР и имевший свое развитие в Пекине, был получен при активном участии сотен международных, национальных и местных орга-



низаций, чему способствовало, в частности, все возрастающее признание со стороны правительств вклада, который вносят в эту работу НПО. Создавались системы взаимной поддержки, с тем чтобы влиять на результаты работы конференции, участвовать и следить за осуществлением мер, принимаемых странами в развитие решений, принятых на конференции. В целом ряде стран международные и национальные организации по защите прав человека занимаются пропагандой прав женщин, в том числе их репродуктивных прав, и документально подтверждают нарушения этих прав.⁴ Международные и национальные средства массовой информации содействуют обеспечению большей информированности в области гендерных вопросов, таких, как сексуальное насилие, дискриминация и свобода выбора при принятии репродуктивных решений. Встречи на международном уровне содействовали тому, что к этим проблемам было привлечено большое внимание.⁵

Наилучшей гарантией для обеспечения охраны репродуктивных и сексуальных прав является мобилизация общественного мнения. Женщины и мужчины, стремящиеся к осуществлению этих прав, знают о наличии социальных, правовых и организационных препятствий, с которыми им придется столкнуться. В особенности женщинам хорошо знакомо неравенство по признаку пола, с которым им приходится сталкиваться, участвуя в социальном и экономическом развитии и при распределении получаемых благ. Им знакомо чувство, когда им навязывают решения и определенные действия. Для мобилизации общественности в целях контроля за соблюдением прав человека потребуется обеспечить большую информированность по этим вопросам и предусмотреть процедуры, позволяющие исправить положение. Материалы по этим вопросам были разработаны с целью их использования в школьных программах на различных уровнях.⁶

При осуществлении международных программ помощи, как многосторонних, так и двусторонних, существует необходимость добиться того, чтобы программы, реализуемые с их помощью, были бы направлены на более полное обеспечение прав человека. Система Организации Объединенных Наций в сотрудничестве с правительствами и НПО должна работать над расширением контроля за осуществлением программ, с тем чтобы предотвращать нарушения прав человека. ЮНФПА видит свою задачу в том, чтобы обеспечить охрану репродуктивных прав, равенство между мужчиной и женщиной и добиться ответственного подхода к этим вопросам со стороны мужчин. Фонд стремится также повсеместно обеспечить независимость и расширение прав и возможностей женщин. ЮНФПА признает, что обеспечение и раз-

витие этих прав, содействие здоровью и благополучию детей, в особенности девочек, — это непосредственные цели процесса развития. Наибольший приоритет в Фонде уделяется программам по развитию репродуктивных и сексуальных прав, и эти аспекты учитываются, когда Фондом проводится оценка параметров хода осуществления программ и проектов.

Цель—достичь лучшего сексуального и репродуктивного здоровья

В Программе действий МKNP содержится призыв устранить к 2005 году⁷ структурные, связанные с осуществлением программы препятствия на пути информации и развития услуг по охране репродуктивного здоровья, в том числе по вопросам планирования семьи и сексуального здоровья; а к 2015 году обеспечить универсальный доступ к этим услугам. Благодаря наличию программ по обеспечению этих услуг мужчинам и женщинам будет оказана помощь в достижении целей, стоящих перед ними в деле охраны репродуктивного здоровья.

Создание потенциала. Для предоставления высококачественных услуг необходимо улучшить подготовку персонала, усилить контроль и проводить при этом на регулярной основе тщательную оценку деятельности, в том числе наладить необходимое взаимодействие между поставщиками услуг и их потребителями. При проведении анализа предоставляемых услуг совместно со своими сотрудниками и клиентами с целью улучшить их качество менеджеры должны разбираться в методологии, на основе которой проводится такая оценка, и должным образом размещать то относительно небольшое количество ресурсов, которое необходимо для ее применения.⁸ Различные способы, используемые при проведении самооценки, могут помочь менеджерам выявить проблемы организационного характера, в том числе нехватку сотрудников и материалов, неадекватное оборудование, трудности, возникающие с ведением и последующим использованием отчетных документов, а также недостатки в работе консультационных служб и в области расширения охвата услугами населения.

Для того чтобы повысить качество ухода и переориентировать услуги, чтобы они в полной степени отвечали потребностям в области охраны репродуктивного здоровья, потребуются, возможно, сделать дополнительные капиталовложения как в инфраструктуру (в том числе в оборудование, в водо- и электроснабжение), так и в подготовку персонала (включая подготовку менеджеров и обслуживающего персонала). Необходимо более эффективно использовать имеющееся оборудование и персонал. Для выявления и исправления недостатков, в том числе для того, чтобы качество выполняемой

работы всегда было на высоком уровне, для повышения эффективности обслуживания различных групп потребителей и различных точек потребления услуг, менеджеры нуждаются в установлении системы «обратной связи».

Предоставление услуг маргинальным группам населения. В показатели прогресса по охране репродуктивного здоровья, достигнутого на национальном уровне, следует включать информацию по конкретным группам населения (например, о бедных слоях, женщинах, сельских жителях, подростках, коренном населении, инвалидах, мигрантах и беженцах), которые часто не пользуются услугами программ в должном объеме, а данные по ним не попадают в системы информации и не учитываются в исследованиях. При разработке, осуществлении и контроле за выполнением программ необходимо учитывать потребности и перспективы этих маргинальных групп населения.

Географическое расположение, языковые и культурные барьеры—все это ограничивает доступ для коренного населения к услугам по охране здоровья. Иногда в государственных медицинских учреждениях те, кто предоставляют услуги, не реагируют на жалобы, поступающие от женщин—представительниц коренного населения. Языковые барьеры могут помешать потребителю услуг—представителю коренного населения должным образом понять происходящее во время осмотра. Группы коренного населения подвергли критике применение в их общинах методов стерилизации и контрацептических средств, контролируемых поставщиком услуг (в особенности использование инъектируемых и имплантируемых контрацептивов). Согласно сообщениям некоторых НПО, наблюдались случаи проведения медицинских экспериментов, которые проводились без получения на то обдуманного решения, а также отмечались случаи применения неразрешенных или не подходящих для данного случая лекарственных препаратов.

В Эквадоре Федерация коренного населения Имбабура при поддержке ЮНФПА предоставляет общинам, где проживает коренное население, комплексные медицинские услуги, в том числе услуги по вакцинации, планированию семьи, выдаче направлений в случае необходимости получить неотложную медицинскую помощь, проводится также информационно-разъяснительная работа по вопросам питания. Услуги эти предоставляются врачами и специалистами по традиционной медицине—представителями коренного населения. Пристальное внимание уделяется качеству предоставляемых услуг и осуществлению рекомендуемых мер.

Развитие партнерства с гражданским обществом. На МКНР и других конференциях подчеркивалось значение привлечения гражданского общества—неправительственных и общинных организаций, а также отдельных представителей мужчин и женщин к разработке, осуществлению и контролю за выполнением программ по охране репродуктивного здоровья, с тем чтобы они отвечали предполагаемым и реальным потребностям тех, ради кого они создаются. В равной степени это касается как государственных учреждений, обслуживающих тех, кто слишком беден и не может позволить себе прибегнуть к частным услугам, так и программ, в которых довольно велика доля участия частного сектора. Для лучшей разработки программ также полезно проводить качественный анализ динамики социальных перемен, действующих в направлении расширения сексуальных и репродуктивных прав (в форме опроса представительных групп населения, проведения групповых интервью и «процедуры оперативной оценки»).

Во многих странах в результате признания компаративного преимущества, которым обладает каждый из партнеров, получило развитие сотрудничество между правительственными программами и НПО. Неправительственные организации оказали помощь в апробировании новых методов предоставления услуг, в том числе в деле охвата ими беднейших слоев населения и подростков, сотрудничали при подготовке правительственных поставщиков услуг и занимались информационно-пропагандистской деятельностью с целью добиться расширения национальной программы.

В рекомендации и стандарты поведения, разработанные для системы здравоохранения, необходимо включить те аспекты, которые касаются охраны репродуктивных прав. ВОЗ (в сотрудничестве с ЮНФПА, ЮНИСЕФ, Всемирным банком, ЮНАИДС и другими экспертными органами в этих вопросах) занимается разработкой стандартов, где упор делается на принятие осознанных решений, на повышенное внимание за качеством ухода и на активное участие клиентов и учете их интересов в подходе к вопросам охраны репродуктивного здоровья, в том числе к вопросам планирования семьи, сексуальности, безопасного материнства и предотвращения болезней, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИД, а также борьбы с этими заболеваниями. Необходимо проводить подготовку персонала по вопросам защиты прав клиентов, предоставлять информационные материалы по процедурным гарантиям для использования их в работе с клиентами.



.....

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ДОКЛАД: Осуществление программы действий МКНР



Mark Edwards / Still Pictures

«В тех случаях, когда руководство придает большое значение экономическому росту, развитию людских ресурсов, обеспечению равенства и равноправия полов и удовлетворению потребностей населения в области здравоохранения,... странам удастся мобилизовать стабильную поддержку программ и проектов в области народонаселения и развития на всех уровнях, являющуюся залогом их успешного осуществления.»

—Пункт 13.1, Программа действий, принятая на Международной конференции по народонаселению и развитию, 1994 год

Международная конференция по народонаселению и развитию 1994 года привлекла внимание всего мира к вопросам охраны репродуктивного и сексуального здоровья и прав, к гендерным проблемам, стимулировала широкие усилия по выполнению принятых на ней рекомендаций. Состоявшаяся в 1995 году четвертая Всемирная конференция по положению женщин послужила дополнительным стимулом к развитию этого процесса, который ширится и набирает силу во всем мире.

После Каирской и Пекинской конференций страны предприняли целый ряд мер с целью реализовать разработанный на МКНР подход к этим проблемам. В сообщениях, поступающих из расположенных на местах отделений ЮНФПА, говорится о широком пересмотре политики в области народонаселения и развития, а также связанных с этим организационных перемен, о правовых реформах и изменениях, вносимых в конституции стран, для того, чтобы добиться лучшей защиты прав женщин и обеспечить равенство между мужчиной и женщиной, об усилиях по реорганизации и укреплению медицинских служб с целью сократить материнскую смертность и приступить к решению целого ряда проблем в области репродуктивного здоровья.

Наряду с тем, что многие развивающиеся страны добились значительного прогресса в деле выполнения Программы действий МКНР, в целом ряде других стран нехватка средств и подготовленного персонала является препятствием на пути улучшения работы по планированию семьи и программ по обеспечению охраны репродуктивного здоровья.

Политика в области народонаселения

Многие страны, в которых национальная политика в области народонаселения проводилась еще до Каирской конференции, внесли в нее изменения с целью добиться соответствия в этой области рекомендациям, разработанным на МКНР. В эту группу входят такие разные страны, как Индонезия, Ямайка, Кения, Лесото, Маршалловы Острова, Сент-Люсия и Замбия.

Ряд стран, в которых до 1994 года не существовало официальной политики в области народонаселения, либо уже разработали всеобъем-

люющую политику, отражающую Каирские соглашения, либо разрабатывают ее в настоящее время. К этим странам относятся Ботсвана, Камбоджа, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Монголия, Никарагуа, Намибия, Южная Африка, Сирия, Уганда и Зимбабве.

В Бразилии была создана первая в Латинской Америке Национальная комиссия по народонаселению и развитию. Комиссии или отделы по вопросам народонаселения были также созданы в ключевых министерствах в Алжире, Белизе, Парагвае, Таджикистане и в других странах. В Гане более активно стал работать Совет по вопросам народонаселения. В Иордании Национальная комиссия по народонаселению была расширена, и в ее состав вошли представители неправительственных организаций и научных учреждений.

В некоторых странах вопросы охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, которые ранее считались слишком деликатными для того, чтобы обсуждать их публично, сейчас являются частью политического лексикона. В ходе предвыборной кампании 1996 года в Доминиканской Республике, например, две крупнейшие политические партии впервые включили вопросы политики в области народонаселения в свои предвыборные платформы, и обе партии приводили цитаты из Программы действий МКНР.

Репродуктивное здоровье и планирование семьи

После МКНР во многих странах для планировщиков и медицинских работников были организованы семинары и встречи, на которых обсуждался новый подход к охране репродуктивного здоровья и рассматривались возможности реализации на практике этой новой концепции. Ряд стран провели у себя организационные изменения с целью расширить и изменить ориентацию своей политики и программ в области здравоохранения и планирования семьи. В Мексике, например, был создан новый Генеральный директорат по вопросам охраны репродуктивного здоровья на основе существовавших ранее директоратов по охране материнского и детского здоровья и планирования семьи. В министерстве здравоохранения Филиппин была создана Целевая группа по вопросам репродуктивного здоровья женщин, в Сальвадоре в рамках министерства общественного здравоохранения существует Департамент по охране репродуктивного здоровья. В Панаме при министерстве здравоохранения была создана Национальная комиссия по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

Еще более широкое распространение получили различные меры с целью увеличить доступ к медицинским услугам по охране репродуктивного здоровья, повысить их качество и расширить масштабы охвата ими населения.

ВСТАВКА

29

НПО наблюдают за прогрессом в период после МКНР

В 1996 году организация «Earth Summit Watch» («Контроль за состоянием Земли»), являющаяся одним из проектов Совета защиты природных ресурсов и Организации женщин по окружающей среде и развитию, опубликовала проведенное в различных странах обследование «One Year after Cairo» («Год спустя после Каирской конференции»), в котором содержится информация об осуществлении деятельности по итогам МКНР. В доклад включено 65 страновых докладов, представленных как государственными, так и НПО. (Доклад можно получить в рамках всемирной сети: <http://www.winter.net/esw/caro/>.)

Вопросы планирования семьи все чаще рассматриваются совместно с другими проблемами в области охраны репродуктивного здоровья. Благодаря этому процессу общественность смогла лучше понять тот широкий круг проблем, который имеется в области неудовлетворенных потребностей женщин, в частности тех, кто относится к беднейшим и наиболее маргинальным группам населения.

Многие развивающиеся страны, с целью повысить качество услуг в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, приступили к подготовке медицинских работников, специализирующихся на вопросах межличностного общения и консультативных услугах, к укреплению инфраструктуры здравоохранения и к разработке медицинских протоколов. Индия приступила к подготовке медицинских сотрудников в центрах по оказанию первичной помощи в различных штатах страны. Иран расширил свою Программу добровольцев по охране здоровья женщин, направив примерно 18 тысяч человек в городские трущобы с тем, чтобы они распространяли информацию и предоставляли услуги по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи; в 9 провинциях страны было также создано 15 новых сельских центров для подготовки акушерок.

В Кении новые Рамки развития здравоохранения нацелены на то, чтобы обеспечить комплексный подход к вопросам планирования семьи и другим услугам по охране репродуктивного здоровья, борьбе с болезнями, передаваемыми половым путем, ВИЧ/СПИДом, раннему выявлению раковых заболеваний репродуктивных органов и консультативным услугам по сексуальным проблемам. Делается это с целью избежать дублирования, сделать услуги более удобными и доступными, особенно в общинах, где объем услуг недостаточен, а также с целью повысить их рентабельность. В Таиланде и на Филиппинах также предпринимаются шаги с целью провести интеграцию услуг в области охраны репродуктивного здоровья и сделать их более доступными.

С целью улучшить предоставление медицинских услуг по охране репродуктивного здоровья, в особенности для маргинальных слоев населения, министерство здравоохранения Ганы на основе рекомендаций, принятых на МКНР, разработало Национальную политику и стандарты по охране репродуктивного здоровья. В Мали аналогичным образом были пересмотрены нормы для предоставления услуг в соответствии с Программой действий МКНР.

Обязательства, взятые в Каире, также нашли свое отражение в новой Программе по охране здоровья женщин Чили, которая рассматривает вопросы сексуального и репродуктивного здоровья на основе комплексного подхода, на протяжении всего жизненного пути человека.

Во многих странах, например в Индии, наблюдается отход от узко очерченных

демографических целей, и предпочтение отдается более широкому подходу, направленному на удовлетворение индивидуальных потребностей в области информации и услуг по охране репродуктивного здоровья.

В некоторых странах подходы, разработанные на МКНР, легли в основу новых законов и административных механизмов в области охраны сексуальных и репродуктивных прав и здоровья. В Аргентине находящееся на рассмотрении законодательное положение позволит создать национальную программу, в соответствии с которой женщинам с низким уровнем дохода будут предоставляться информация по вопросам репродуктивного здоровья, консультативные услуги и утвержденные правительством контрацептические средства. В Боливии созданная недавно организация по страхованию матери и ребенка дает женщинам доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию в связи с беременностью, уходу во время и после родов, при направлении на пробу Папаниколау, а также в области планирования семьи. Согласно поступившей информации, обращение за медицинскими услугами для матери и ребенка в первый же месяц осуществления этой программы возросло на 20 процентов.

Сокращение материнской смертности, что является главной задачей, поставленной на МКНР, находится в центре внимания усилий по обеспечению охраны репродуктивного здоровья и специальных кампаний, проводимых в этой области в ряде стран, в том числе в Боливии, Доминиканской Республике, Гватемале, Гаити, Индонезии, Лаосской Народно-Демократической Республике и в Парагвае. На Конференции в Каире отмечалось, что неквалифицированный аборт является основной причиной материнской смертности; в Южной Африке и Гайане впоследствии были приняты законы, в которых устанавливаются нормативные рамки для проведения квалифицированных абортот. Проект законодательства об абортах находится на рассмотрении в Камбодже. В других странах, таких, как Боливия, вопросы борьбы с осложнениями, вызванными неквалифицированным абортот, включены в программы по охране репродуктивного здоровья.

Повышение качества услуг по планированию семьи является одной из основных целей во многих странах. В Бразилии в настоящее время в федеральном бюджете предусматриваются ассигнования на целый ряд контрацептических средств, что позволяет увеличить выбор, имеющийся у клиентов. На Багамских Островах в рамках первого в стране официально проводимого проекта по планированию семьи подростки смогут получить нужные им консультативные услуги по вопросам планирования семьи. В странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза, где объем предоставляемых услуг недостаточен, расширение услуг по планированию семьи является наиболее приоритетным

Страны отказываются от демографических целей и переходят к более широкому подходу, направленному на удовлетворение индивидуальных потребностей в отношении информации и услуг в области репродуктивного здоровья.

направлением деятельности. В Украине недавно была разработана первая в стране программа по планированию семьи. В Казахстане в настоящее время существуют клиники по планированию семьи во всех городах страны. За три года число абортот сократилось на 20 процентов, а использование контрацептических средств выросло на 28 процентов. По имеющимся сведениям, деятельность в области планирования семьи получила дальнейшее развитие в Таджикистане и Польше.

Подростки

Начиная с 1994 года многие правительства, действуя часто вместе с НПО, выступили с рядом инициатив с целью удовлетворить потребности подростков по охране сексуального и репродуктивного здоровья. В некоторых странах, например в Папуа-Новой Гвинее, правительство впервые приступает к рассмотрению проблем подростковой сексуальности—частично его к этому подтолкнуло распространение среди молодежи болезней, передаваемых половым путем, в том числе и заболеваний ВИЧ/СПИДом. Министерство здравоохранения Шри-Ланки учредило Руководящий комитет по охране здоровья подростков.

Стремясь сократить подростковую беременность, ряд правительств, особенно в Латинской Америке, проводит информационно-разъяснительную работу по вопросам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи. Организационно-структурная поддержка, оказываемая подобным программам, возросла в последнее время, к примеру, на Кубе и в Колумбии. На Кубе используются также средства массовой информации для того, чтобы информировать молодежь о необходимости ответственно подходить к сексуальным отношениям и об ис-

пользовании презервативов. В Эквадоре министерство общественного здравоохранения разработало план по предоставлению беременным девочкам-подросткам информации, консультативных услуг и высококачественной медицинской помощи.

В Сальвадоре Национальный секретариат по вопросам семьи ставит перед собой задачу предотвратить подростковую беременность, случаи болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИД, пропагандируя здоровый и ответственный подход к этим проблемам и предоставляя консультативные и другие услуги. В Венесуэле министерство по проблемам семьи приступило к осуществлению беспрецедентного Национального плана по предотвращению подростковой беременности, который осуществляется совместно с правительством и НПО. В Доминиканской Республике три региональных центра по охране подросткового здоровья предоставляют консультативные услуги, услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, планированию семьи и ответственного подхода к отцовским функциям. Правительство этой страны впервые стало заниматься проблемами здоровья подростков.

Неправительственные организации

Как было признано на Каирской конференции, неправительственные организации должны играть важную роль как в области пропаганды охраны репродуктивного здоровья, так и в предоставлении услуг в этой области. После проведения МКНР правительства и НПО расширили узлы своего сотрудничества по многим направлениям—примером такого прогресса является создание в Бангладеш консультативной группы по НПО для того, чтобы совместно с правительством заниматься осуществлением Программы действий МКНР. Аналогичным образом, для пропаганды рекомендаций, принятых на МКНР, в Гондурасе была создана сеть из 17 НПО.

НПО, которые предоставляют свои услуги, устанавливают, как правило, более высокие стандарты качества по уходу в сравнении с государственным сектором. Традиционно они проявляют большую гибкость, обеспечивая охват маргинальных секторов населения и занимаясь более деликатными или противоречивыми проблемами. Как следствие, правительства обращаются к НПО с просьбой оказать помощь в деле предоставления услуг, в особенности бедным слоям городского и сельского населения, подросткам и столкнувшимся с насилием женщинам, пользуются их помощью для апробирования новых подходов, которые впоследствии могут быть использованы в более крупных государственных программах: НПО также оказывают помощь в подготовке правительственных служащих.

На Мальдивских Островах одной из национальных неправительственных организаций в

ВСТАВКА

30

Подготовка молодежи и консультации ровесников по вопросам репродуктивного здоровья

Египет, Сирийская Арабская Республика, Йемен и другие страны арабского региона разработали новаторские подходы к охвату молодежи, который выходит за рамки традиционной просветительской работы среди населения. Несколько НПО осуществляли сотрудничество в разработке проекта в Египте, с тем чтобы подготовить молодежных руководителей к проведению консультаций с ровесниками по вопросам репродуктивного здоровья и гендерным вопросам. Предполагается, что проходящие обучение лица в возрасте 18-25 лет будут играть важную роль в защите прав подростков на информацию и услуги в области репродуктивного здоровья, а также в оказании помощи молодежи принимать обдуманные решения относительно ответственного отношения к половой жизни.

Аналогичные мероприятия «по подготовке преподавателей» по вопросам репродуктивного здоровья подростков, гендерных отношений и межличностной коммуникации было проведено в Йемене и Сирии. Кроме того, были подготовлены и распространены приемлемые с культурной точки зрения печатные и аудиовизуальные материалы о народонаселении и репродуктивном здоровье подростков. В Йемене были организованы тематические поездки в Египет и Сирию, с тем чтобы содействовать обмену опытом в целях включения подготовки по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья и гендерным вопросам в национальные программы для молодежи.

1995 году была создана первая в стране клиника по планированию семьи. В Иране после проведения МКНР НПО стали действовать более активно, предоставляя услуги по охране репродуктивного здоровья и по планированию семьи. На Филиппинах две женские НПО организовали опытные клиники, в которых при решении проблем планирования семьи, бесплодия, охраны подросткового здоровья и насилия в отношении женщин применяется подход с учетом гендерной проблематики. В Индии одна НПО проводит регулярную проверку и диагностическое обследование на предмет заболевания раком груди и раком шейки матки. В Камбодже местные женские НПО открыли первый в стране приют для пострадавших от насилия женщин.

На Барбадосе и Гренаде НПО выступили с инициативой об оказании помощи молодым людям в деле приобретения необходимых навыков, чтобы они могли жить самостоятельно, и в то же время оказывали им помощь в виде консультативных услуг. В Южной Африке ассоциация по планированию семьи проводит работу с молодыми людьми, находящимися в социально неблагоприятном положении, сексуальное здоровье которых особенно подвержено риску. Во многих других странах НПО также проводят подготовку групп подростков-ровесников, обучая их оказывать консультативные услуги.

Права человека

Некоторые наиболее важные инициативы, выдвинутые после МКНР, предусматривают усиление национальных законов, политики и механизмов по обеспечению прав человека, в частности права на охрану репродуктивного и сексуального здоровья, равенство между мужчиной и женщиной и свободу от сексуального насилия.

Новая конституция Южной Африки содержит эксплицитные положения, запрещающие, среди прочего, дискриминацию на основе гендерного подхода, пола, беременности, семейного положения и сексуальной ориентации. В ней также признается, что каждый имеет право принимать репродуктивные решения и иметь возможность пользоваться медицинскими услугами по охране репродуктивного здоровья. В Чили в настоящее время рассматривается возможность внесения изменений в конституцию в целях установления на юридической основе равенства между женщиной и мужчиной.

Правительством Шри-Ланки недавно была утверждена Хартия женщин, в которой, среди прочего, признается право женщины осуществлять контроль над своей репродуктивной жизнью. В Колумбии в законе, на основе которого создается новая система социального обеспечения, содержится признание права женщины на охрану сексуального и репродуктивного здоровья. В Панаме декретом президента была запрещена дискриминация или какое-либо наказание беременных студенток, в нем также содержится гарантия их права продолжать свое образование.

Во многих странах неправительственные группы активно сотрудничают в деле обеспечения осуществления достигнутых в Каире и Пекине соглашений. Ниже приводятся несколько примеров, взятых из докладов Международной коалиции по вопросам здоровья женщин (МКЗЖ).

В Индии НПО, включая сеть «Health Watch» («Наблюдение за здоровьем»), сотрудничают в деле обеспечения того, чтобы женщины играли более активную роль в планировании, контроле и оценке новой «не имеющей целевого охвата» программы обеспечения благосостояния семей. Приоритетная задача заключается в том, чтобы оказать поддержку в предоставлении услуг в области репродуктивного здоровья в рамках укрепления системы первичного медико-санитарного обслуживания. Другой приоритетной задачей является подготовка лиц, ведущих просветительскую работу по планированию семьи, по оказанию качественных услуг в области репродуктивного здоровья; многие еще не знают о принятом в апреле 1996 года решении правительства осуществлять мероприятия в области планирования семьи на территории всей страны, при этом не предусматривается никаких целей по контрацепции и стерилизации. В пропагандистской деятельности все больший упор делается на внесение изменений на уровне штатов.

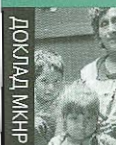
В России женские организации оказали помощь в разработке проекта закона, отменяющего насилие в отношении женщин в семье в разряд противозаконных действий, и закона, который будет гарантировать репродуктивные права женщин; кроме того, эти организации сотрудничали в осуществлении просветительской деятельности по указанным вопросам среди законодателей.

В Чили НПО предоставляют информацию о репродуктивном здоровье и правах членам законодательских органов, лицам, занимающим ответственные должности на директивном уровне, и представителям прессы. Так, например, организация «Cotracol [n] de Salud y Políticas Sociales» («Ассоциация здравоохранения и общественной политики») оказывает помощь парламентариям в разработке проекта закона, целью которого является уменьшение числа нежелательных беременностей и удовлетворения потребностей, связанных с услугами и информацией в области репродуктивного здоровья. Недавно в Сантьяго занимающееся вопросами здравоохранения НПО «Educación Popular en Salud» («Просвещение населения по вопросам здоровья») и сеть общинных групп, ведущих борьбу с ВИЧ/СПИДом, организовали для женщин из неимущих семей семинар, посвященный вопросу о том, как насилие делает женщин более уязвимыми к инфекции ВИЧ. Участникам семинара, число которых составило 300 человек, было продемонстрировано, как следует общаться со своими партнерами, обсуждать вопросы о безопасной половой жизни и защищаться от насилия.

В Бразилии НПО, во главе которых стоят женщины, играли решающую роль в блокировании предложенной к конституции поправки о гарантировании жизни с момента зачатия; эта поправка могла бы сделать аборт незаконным (в настоящее время аборт разрешен лишь в случае изнасилования и в тех случаях, когда роды угрожают здоровью женщины). С помощью чрезвычайных субсидий, предоставляемых Международной коалицией по вопросам здоровья женщин, эти группы разъясняют общественности, средствам массовой информации и законодателям те неблагоприятные последствия, которые эта поправка будет иметь для здоровья и прав женщин.

Для того, чтобы гарантировать права женщин, в ряде стран были созданы национальные институты. К их числу можно отнести министерство по проблемам и правам женщин на Гаити, Комиссию по социальному и гендерному равенству на Ямайке, Директорат по гендерному равенству в Колумбии и Комиссию по правам женщин в Перу. Был укреплен Национальный совет по правам женщин в Бразилии. В Непале новое законодательство ставит своей целью упрочить статус женщин. На Мальдивских Островах анализу подвергаются национальные законы, с тем чтобы выявить в них какое-либо положение, имеющее дискриминационный характер в отношении женщин.

Как Международная конференция по народонаселению и развитию, так и Пекинская конференция по положению женщин, в особенности, способствовали росту понимания в глобальном масштабе необходимости принять и обес-



печить соблюдение законодательства, которое защитило бы женщин от сексуального насилия и насилия в семье. Законы, защищающие женщин от насилия в семье, уже действуют в Боливии, Коста-Рике, Эквадоре и Панаме, а в Гайане и Мексике меры аналогичного характера были представлены на рассмотрение законодательных органов стран. Министерство юстиции в Бразилии приступило к проведению общественной кампании по прекращению насилия в отношении женщин. Институт женщин Никарагуа сотрудничает с национальной полицией и женскими НПО с целью предотвращать насилие в отношении женщин и детей и оказывать помощь жертвам. В Гамбии была создана многопрофильная Целевая группа, занимающаяся вопросами насилия в отношении женщин. НПО в Камбодже проводят кампании по прекращению насилия в семье, осуществляют подготовку по этим вопросам, предоставляют консультативные услуги, открыли в стране первые приюты для женщин-жертв насилия. На Филиппинах Национальная комиссия филиппинских женщин в целях помощи жертвам домашнего насилия создала при одной из больниц опытный центр по оказанию помощи в случае кризисной ситуации.

Участие женщин

На МКНР подчеркивалось то значение, которое имеет расширение прав и возможностей женщин, чтобы они могли полностью участвовать в политической жизни и в процессе развития. И хотя в политической жизни большинства развивающихся стран четко прослеживается так называемый "гендерный пробел", когда наиболее широко представлен лишь один пол, после Каирской конференции в этой области были сделаны некоторые заметные сдвиги. Например, в Уганде в новой конституции страны предусматривается проведение программы позитивных действий, в соответствии с которой в каждом местном консультативном комитете должен существовать пост секретаря по проблемам женщин, и предусматривается, что каждый из 39 округов должен избрать по крайней мере одну женщину-представителя в состав Национальной ассамблеи. Вице-президентом страны является одна из шести женщин, входящих в состав кабинета. В 1995 году впервые в истории Иордании 12 женщин баллотировались на выборах в местный муниципальный совет. Одна из них была избрана на пост мэра, а девять — в качестве членов совета.

Роль и ответственность мужчины

В Программе действий МКНР подчеркивается значение повышения ответственности мужчин в области сексуального и репродуктивного поведения и в семейной жизни. Это позволило лучше осознать необходимость вовлечения мужчин в программы по охране репродуктивного здоровья, и в некоторых странах начали осуществляться программы, разработанные специально

для мужчин. На Филиппинах в новом центре по охране репродуктивного здоровья для мужчин делаются попытки, на основе новых экспериментальных подходов к этим вопросам, привлечь мужчин к участию в программах по охране репродуктивного здоровья. В Индонезии правительство намеревается расширить свою программу консультативных услуг и включить в нее учебные материалы об участии мужчин в планировании семьи и охране репродуктивного здоровья. В Гане для мужской и женской аудитории проводились семинары, организовывались тематические представления с целью завязать дискуссию о совместной ответственности партнеров в деле планирования семьи, родительских обязанностей и семейной жизни.

В вопросах охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи традиционно все внимание уделялось потребностям женщин, а проблемы, беспокоящие мужчин, в основном игнорировались. Ряд НПО проводит в настоящее время исследования с целью оценить имеющиеся у мужчины потребности в области охраны репродуктивного здоровья, лучше понять их роль при принятии ими решений, касающихся сексуальной и супружеской жизни, отцовства, а также вопросов планирования семьи. В некоторых исследованиях изучается участие мужчин в послеродовом уходе за матерями и детьми. В проведенном в Боливии и Зимбабве исследовании рассматриваются вопросы планирования семьи с позиции мужчин. В исследовании, проведенном в Индии, была поставлена цель выявить сдерживающие факторы культурного и политического характера, мешающие мужчине принимать участие в программах по охране репродуктивного здоровья и оказывать им поддержку.

Глобальные и региональные инициативы

После Каирской конференции выдвигались различные международные, региональные и субрегиональные инициативы в поддержку национальных усилий по выполнению принятых на ней рекомендаций. В 1995 году в Индонезии была проведена первая Межрегиональная встреча, на которой рассматривались пути и средства осуществления Программы действий МКНР. В Румынии собрались эксперты из 18 стран с переходной экономикой, с тем чтобы оценить статус и потребности услуг по охране репродуктивного здоровья в своих странах. Члены Организации экономического сотрудничества (Афганистан, Азербайджан, Иран, Казахстан, Кыргызстан, Пакистан, Таджикистан, Турция, Туркменистан и Узбекистан) собрались в Казахстане с целью развивать сотрудничество в деле выполнения Программы действий. На встрече, организованной после МКНР в Гане, были проанализированы деятельность и стратегия по вопросам народонаселения в странах Аф-

рики, расположенных к югу от Сахары. В 1995 году на межминистерской встрече стран Карибского бассейна был разработан субрегиональный проект плана по принятию мер в развитие рекомендаций МКНР.

В соответствии с инициативой в области технического сотрудничества "Партнеры в деле решения проблем народонаселения и развития", выдвинутой на МКНР, в Дакке (Бангладеш) была учреждена штаб-квартира и началась работа с целью расширения обмена информацией и опытом между развивающимися странами. В число партнеров в эту группу входят Бангладеш, Колумбия, Египет, Индонезия, Кения, Мексика, Марокко, Таиланд, Тунис и Зимбабве.

Выдвигались также различные глобальные инициативы с участием неправительственных организаций. В 1995 году, например, НПО из Карибского бассейна провели Встречу по вопросам охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи. После того как состоялась Международная конференция по народонаселению и развитию, ЮНФПА организовал две встречи международного Консультативного комитета НПО, созданного для того, чтобы давать рекомендации Фонду по предлагаемым вопросам политики, программам и стратегиям.¹

Парламентские инициативы

В развитие принятых на МКНР рекомендаций парламентарии как развитых, так и развивающихся стран провели целый ряд различных мероприятий с целью привлечь внимание к проблемам народонаселения. В январе 1995 года в Белизе собралась межамериканская парламентская группа по вопросам народонаселения и развития. В мае 1995 года в Бельгии была проведена встреча "Европейского парламентского форума за принятие действий." Его участники обратились с призывом к правительствам изыскать ресурсы, с тем чтобы к 2015 году медицинские услуги в области репродуктивного здоровья сделать общедоступными для всех. В июле 1995 года в Буркина-Фасо состоялась первая региональная конференция африканских женщин-министров и парламентариев. Парламентарии из 57 стран собрались в Японии в августе 1995 года, чтобы рассмотреть ключевые проблемы, поднятые на Каирской и Пекинской конференциях. В июле 1996 года в Иордании состоялся форум парламентариев Африки и Ближнего Востока по вопросам народонаселения и развития. В ряде стран, в том числе в Гане и Танзании, были созданы национальные парламентские группы для более тщательного рассмотрения проблем, связанных с народонаселением и развитием

Межучрежденческое сотрудничество

С целью расширить сотрудничество на страновом уровне в деле осуществления Программы действий в ООН после проведения МКНР была создана межучрежденческая целевая группа, которую возглавил Директор-исполнитель ЮНФПА. В 1995 году ею был разработан ряд рекомендаций для системы координаторов-резидентов ООН с целью содействовать сотрудничеству между правительствами, НПО, учреждениями ООН и другими партнерами по развитию. Мандат этой целевой группы был расширен в 1996 году, когда в него были включены функции по координации мер, осуществляемых в развитие рекомендаций, принятых на последних глобальных конференциях, и сейчас это—Целевая группа по основным социальным услугам для всех.

ЮНФПА работает в тесном сотрудничестве с другими учреждениями ООН и международными экспертами с целью разработать ряд надежных многоотраслевых показателей для измерения прогресса, достигнутого в деле выполнения целей и задач, поставленных на различных конференциях. Они будут использованы при разработке программ по охране репродуктивного здоровья и для оценки их прогресса. В число рассматриваемых тем входят планирование семьи, здоровье матери, инфекция половых путей и болезни, передаваемые половым путем, аборт и уход после аборта и бесплодие. Помимо традиционной статистики о количестве предоставляемых услуг, характере их использования и существующих подходах к применению контрацептических средств с помощью этих новых показателей можно будет также измерять неудовлетворенный спрос на услуги, наличие доступа к ним, степень охвата ими населения и качество предоставляемого ухода. С их помощью также можно будет определить, существуют ли в стране необходимые законодательные положения и административная политика, способствующие обеспечению широкого спектра услуг по охране репродуктивного здоровья.

Мобилизация ресурсов

МКНР явилась единственной международной конференцией в этом десятилетии, на которой было достигнуто согласие относительно конкретного объема финансовых средств, необходимых для выполнения принятых на ней рекомендаций. В Программе действий дается оценка стоимости основного пакета программ по вопросам народонаселения и охране репродуктивного здоровья, в том числе программ по всеобщему первичному медицинскому обслуживанию, охране репродуктивного здоровья, предотвращению заболеваний, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДа, разработке сопутствующей политики в этой области, исследовательской работе и сбору данных. Для этого к 2000 году ежегодно будет требоваться примерно



17 млрд. долларов, а к 2015 году—21,7 млрд. долларов. На Конференции было высказано предположение о том, что примерно две трети этих глобальных расходов должны будут покрываться за счет внутренних ресурсов стран (возможны изменения с учетом национального потенциала) и примерно одна треть этих средств должна поступить от сообщества доноров. В эту оценку не включены ресурсы, необходимые для услуг по охране репродуктивного здоровья, которые предоставляются в больницах, где дается консультация, на цели инфраструктуры общего назначения (включая транспорт и дороги) а также на программы социального развития более широкого профиля (например, для создания кредитных систем, на образование, для совершенствования системы здравоохранения, по другим направлениям для расширения торговли и экономического развития).

Успех может быть достигнут только благодаря совместным действиям со стороны международного сообщества. Меры, которые были согласованы всеми государствами в Каире, в том числе и меры, касающиеся выделения ресурсов, являются в равной степени практическими и необходимыми. Тем не менее, несмотря на то, что многие правительства после 1994 года увеличили свои ассигнования на программы в области народонаселения, ежегодные глобальные расходы все еще намного ниже половины от 17 млрд. долларов, которые, по оценкам МКНР, потребуются в 2000 году. Данные свидетельствуют о том, что развивающиеся страны готовы выделить ресурсы, необходимые для достижения целей, поставленных на МКНР. Нерешенным остается вопрос, готовы ли богатые государства последовать их примеру.

Примечания

Введение

1. Основной комплекс репродуктивных прав, включая права на репродуктивное и сексуальное здоровье, подразумевается правами, признанными в международных документах по правам человека, и он был признан на МКНР и других международных конференциях; в пункте 96 главы I Платформы действий, принятой на четвертой Всемирной конференции по положению женщин, говорится: «Права человека женщины включают в себя ее право осуществлять контроль над вопросами, касающимися ее сексуального поведения, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, и свободно и ответственно принимать по ним решения без какого бы то ни было принуждения, дискриминации и насилия». (Организация Объединенных Наций, 1996 год. *Пекинская декларация и Платформа действий, четвертая Всемирная конференция по положению женщин, Пекин, Китай, 4-15 сентября 1995 года* (DPI/1766/Wom). Нью-Йорк, Департамент общественной информации, Организация Объединенных Наций). Для охвата этих концепций в настоящем докладе используется термин «сексуальные и репродуктивные права».

2. Организация Объединенных Наций, 1995 год. *Народонаселение и развитие, том 1: Программа действий, принятая на Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года* (в продаже под № R.95.XII.7), глава 2, Принцип 1, стр. 14. Нью-Йорк, Департамент по экономической и социальной информации и анализу политики, Организация Объединенных Наций.

Глава 1

1. В данном разделе широко используются результаты аналитической работы, проведенной Ребеккой Кук и ее коллегами; см. Cook, Rebecca J., and Mahmoud F. Fathalla, 1996. «Advancing Reproductive Rights Beyond Cairo and Beijing.» *Studies in Family Planning* 22(3): 115-121. New York: The Population Council.

2. Организация Объединенных Наций. «Устав Организации Объединенных Наций, подписан 26 июня 1945 года», статья I. Эти разделы и многие другие соответствующие документы воспроизводятся в издании *The United Nations and the Advancement of Women 1945-1996*, The United Nations Blue Book Series, vol. 6 (Sales No.E.96.I.99), by the United Nations, 1996a. Нью-Йорк, Департамент общественной информации, Организация Объединенных Наций.

3. Организация Объединенных Наций. «Всеобщая декларация прав человека», принятая Генеральной Ассамблеей в ее резолюции 217A (III) от 10 декабря 1948 года, преамбула. В издании United Nations 1996a, документ 14 (см. примечание 2).

4. Организация Объединенных Наций, 1967 год. *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах; резолюция 2200 (XII) Генеральной Ассамблеи, двадцать первая сессия, Дополнение № 16(A/6316)* Пакты вступили в силу 3 января и 23 марта 1976 года, соответственно

5. *Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод*, 4 ноября 1950 года. (Европ. T.S. No.5, 213 U.N.T.S. 221) (вступила в силу 3 сентября 1953 года); и *Европейская социальная хартия* (529 U.N.T.S. 89), 18 октября 1961 года (вступила в силу 26 февраля 1965 года).

6. Официально—Организация американских государств, 1970 год. *American Convention on Human Rights*, O.A.S. Treaty Series. No.36 (Rec. OEA/Ser.L/V/II.23 doc. 21, rev. 6, 9 I.L.M. 673); Конвенция вступила в силу 18 июля 1978 года.

7. Официально—Организация африканского единства, 1982 год. *The African Charter on Human and People's Rights* (CAB/LEG/67/3 rev.5, reprinted in 21 I.L.M. 58); Хартия вступила в силу 21 октября 1986 года.

8. Официально—Организация Объединенных Наций, 1980 год. *Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, резолюция 34/189 Генеральной Ассамблеи, тридцать четвертая сессия, Дополнение № 46(A/34/46)*, воспроизведено в I.L.M. 33; вступила в силу 3 сентября 1981 года.

9. Термин «пол» означает социально предопределенные функции для мужчин и женщин. Эти функции, хотя они и основаны на биологических различиях, необходимо познавать; они меняются с течением времени и варьируются в значительных масштабах в рамках отдельных культур и между ними. Поэтому гендерные вопросы имеют отношение к различиям между мужчинами и женщинами и тому, каким образом предопределенные для них социальные функции приносят им пользу или вред. Они также имеют отношение к доступу к ресурсам, а также к самостоятельности и контролю, которые обусловлены конкретными правами, функциями, соотношением сил, обязанностями и надеждами, которые характерны для женщин и мужчин. Источник: адаптировано по изданию UNFPA Thematic Workshop on Gender, Population and Development, The Population Council, New York, 30 September-3 October 1996.

10. Организация Объединенных Наций, 1989 год. *Конвенция о правах ребенка, резолюция 25(XLIV) Генеральной Ассамблеи, сорок четвертая сессия, Дополнение № 49 (A/RES/44/25)* воспроизведено в 28 I.L.M. 1448; открыта для подписания 26 января 1990 года.

11. По состоянию на февраль 1997 года Конвенцию не ратифицировали только 4 из 189 государств—членов Организации Объединенных Наций.

12. Это было убедительно показано г-ном Стивенем Льюисом, заместителем Директора-исполнителя ЮНИСЕФ, на втором Международном семинаре по охране здоровья и правам человека, Центр имени Франсуа-Ксавье Бану по охране здоровья и правам человека, Гарвардский университет, Школа общественного здравоохранения. 4-7 октября 1996 года. Центр имени Франсуа-Ксавье Бану и материалы этого семинара способствуют подготовке программных исследований и разработке практических мер в смежных областях, затрагивающих проблемы охраны здоровья и прав человека. Материалы второго Международного семинара будут опубликованы в журнале *Health and Human Rights*.

13. Другими органами по наблюдению за осуществлением договоров являются Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (подотчетен ЭКОСОС); Комитет по правам ребенка; Комитет по ликвидации всех форм расовой дискриминации в отношении женщин; и Комитет против пыток.

14. См. специально—United Nations 1996b. Общие рекомендации МУНИУЖ 12, 19 и 21, изложенные в издании United Nations, 1996b. *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies: Note by the Secretariat: 29 March 1996* (Human Rights Instruments, Doc. HRL/GEN/1/Rev.2). Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций

15. Вопрос о репродуктивных правах рассматривался на Международной конференции по правам человека в 1968 году, Всемирной конференции по проблемам народонаселения в 1974 году, Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в 1978 году, Международной конференции по народонаселению в 1984 году, Конференции по положению женщин в Найроби в 1985 году, Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 году, Всемирной встрече на высшем уровне в интересах социального развития и четвертой Всемирной конференции по положению женщин в 1995 году, а также на второй Конференции ООН по населенным пунктам и Всемирной встрече на высшем уровне по проблемам продовольствия в 1996 году

16. Организация Объединенных Наций, 1993 год. *Венская декларация и Программа действий*, Всемирная конференция по правам человека (A/CONF.157/24). Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

17. Там же, часть II, разделы 38, 40.

18. В Программе действий МКНР говорится, что деятельность по ее осуществлению будет проводиться на основе, среди прочего, следующего принципа: «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, провозглашенными во Всеобщей декларации прав человека, без какого бы то ни было различия, как то в отношении расы, кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного, сословного или иного положения. Каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность». См. Организация Объединенных Наций, 1995 год. *Народонаселение и развитие, том 1: Программа действий, принятая на Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года* (в продаже под № R.95.XII.7), глава 2, Принцип 1, стр. 13. Нью-Йорк, Департамент по экономической и социальной информации и анализу политики, Организация Объединенных Наций.

19. Там же, Принцип 3, стр. 13.

20. Там же, Принцип 4, стр. 13.

21. United Nations, 1996d. *Пекинская декларация и Платформа действий, четвертая Всемирная конференция по положению женщин, Пекин, Китай, 4-15 сентября 1995 года* (DPI/1766/Wom) Нью-Йорк, Департамент общественной информации, Организация Объединенных Наций.

22. Там же, пункт 23f.

23. Этот фундаментальный труд Ребекки Дж. Кук является краеугольным камнем этой аналитической работы (см. «Human Rights and Reproductive Self-determination» Keynote speech at the Conference on the International Protection of Reproductive Rights, 1995. In *The American University Law Review* 44(4): 975-1016). Г-жа Кук и ее коллеги в рамках широкой международной сети активистов, занимающихся вопросами прав человека и репродуктивного здоровья, вносят значительный вклад в эту деятельность с помощью своих трудов, материалов, предоставляемых на конференциях, и иногда личных бесед. Ограничения в отношении объема не позволили всесторонне отразить в настоящем докладе значительные усилия, принимаемые этим развивающимся сообществом, в том числе теми из его членов, о которых не говорится в других разделах доклада. При соответствующем уважении ко всем тем, фамилии которых не перечислены, необходимо особо отметить работу следующих лиц: Саеда Амин, Чалоба Бейли, Рид Боланд, Сандра Коливер, Ронда Копелон, Соня Корреа, Линн Фридман, София Грускин, Сара Оссейн, Дебра Мейн, Джонатан Мэни, Розалин Печевски, Рэчел Н. Пайн, Мария Исабель Плата, Аника Рахман, Донна Салливан и Катрина Томпсон.

24. Особо см. World Health Organization, 1993. *Human Rights in relation to Women's Health: The Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law*. Документ подготовлен Ребеккой Дж. Кук в рамках Глобальной комиссии по охране здоровья женщин для Всемирной конференции по правам человека, Женева, Всемирная организация здравоохранения, и Cook, Rebecca J. 1994. *Women's Health and Human Rights*, Женева, Всемирная организация здравоохранения.

25. Международная федерация по планированию размеров семьи (МФПРС). 1996 год. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: International Planned Parenthood Federation.
26. Всеобщая декларация прав человека, статья 3; Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 6; Конвенция о правах ребенка, статья 6.
27. Всеобщая декларация прав человека, статья 25; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статьи 11 (1)(f), 12 и 14 (2)(b).
28. Международная федерация по планированию размеров семьи. 1996 год (см. примечание 25).
29. Решения по вопросу о применимости этого принципа к случаям абортов были вынесены в Австрии, Италии, Канаде, Нидерландах и Франции. Цитируются в Cook and Fathalla 1996 (см. примечание 1).
30. United Nations 1996d, пункт 135 (см. примечание 21).
31. United Nations 1995, пункт 4.10, стр. 18 английского текста (см. примечание 18).
32. Всеобщая декларация прав человека, статья 16; Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 23; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 10; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 16; Конвенция о правах ребенка, статьи 8 и 9.
33. Всеобщая декларация прав человека, статья 12; Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 17; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 10; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 16; Конвенция о правах ребенка, статья 16.
34. Всеобщая декларация прав человека, статья 27(2); Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 15(1b) и (3).
35. Всеобщая декларация прав человека, статья 19; Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 19; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статьи 10(e), 14(b) и 16(e); Конвенция о правах ребенка, статьи 12, 13 и 17.
36. Всеобщая декларация прав человека, статья 26; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 13 и 14; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статьи 10 и 14(d); Конвенция о правах ребенка, статьи 28 и 29.
37. Всеобщая декларация прав человека, статьи 1, 2 и 6; Международный пакт о гражданских и политических правах, статьи 2(1) и 3; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(2) и 3; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статьи 1-5; Конвенция о правах ребенка, статья 2(1).
38. Всеобщая декларация прав человека, статьи 1, 2 и 6; Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 2(1); Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 2(2); Конвенция о правах ребенка, статья 2(2).

Глава 2

1. Murray, Christopher J.L., and Alan D. Lopez. 1996. *The Global Burden of Disease*. Cambridge, Massachusetts: The Harvard School of Public Health. Единицей измерения является продолжительность жизни, скорректированная в результате инвалидности (ДАЛИ), которая является показателем утраты жизни в результате смерти или инвалидности, связанной с заболеванием или травмой. Один ДАЛИ равен одному году здоровой жизни. Веса заболеваемости определяются с учетом тяжести заболевания или травмы (например, наибольший вес присваивается таким заболеваниям, как квадриплегия, слабоумие и активный психоз, средний вес — глухота и ампутация конечностей ниже колена; наименьший вес — витилиго на лице, соотношению веса тела и роста человека, которое в два раза ниже стандартной нормы). Веса также присваиваются значению здоровой жизни в различные периоды жизни; эта процедура предполагает, что относительное значение здорового года жизни возрастает с момента рождения и достигает своего пикового уровня в начальные годы после достижения 20-летнего возраста и затем постепенно снижается. Другие технические корректировки включают поправки на будущие последствия текущих заболеваний.
2. Leary, Warren E. 1996. «Childbearing Deaths Underreported.» *The New York Times*, 31 July 1996.
3. Примеры цитируются в издании Timyan, Judith, et al. 1993. «Access to Care: More than a Problem of Distance.» In *The Health of Women: A Global Perspective*, edited by Marge Koblinksky, Judith Timyan and Jill Gay. Boulder, Colorado: Westview Press.
4. United Nations. 1996. *World Population Monitoring 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health* (ESA/P/WP.131). p.234. Нью-Йорк, Отдел народонаселения, Департамент по экономической и социальной информации и анализу политики, Организация Объединенных Наций.
5. McCauley, Ann P., and Cynthia Salter. 1995. *Meeting the Needs of Young Adults*. Population Reports, Series J, No.41. Baltimore: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
6. См. следующие статьи в изданиях: Germain, A., et al., (eds.) 1992. *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*. New York: Plenum Press; Maggwa, A.B.N., and E.N.Ngugi. «Reproductive Tract Infections in Kenya: Insights for Action from Research»; and Adekunle, A.O., and O.A. Lapido. «Reproductive Tract Infections in Nigeria: Challenges for a Fragile Health Infrastructure.»
7. Эти различия документально подтверждаются в издании McCauley and Salter 1995, p.13 (см. примечание 5).
8. Содержащиеся в данном разделе материалы описательного характера взяты из издания United Nations 1996, p.234 (см. примечание 4).
9. Panos. 1996. «The Silent Pandemic. Reproductive Tract Infections.» *Panos Briefing*. Panos Media Briefing No.21, p.1. London: Panos.
10. UNAIDS and World Health Organization. 1996. «UNAIDS: The Global Epidemic. December 1996.» 28 November 1996.
11. Эти данные приводятся в виде диапазонов колебаний, поскольку имеющиеся данные имеют неконкретный характер.
12. World Health Organization. 1995. *AIDS in the World II*. Geneva: World Health Organization.
13. Объем печатных материалов, указывающих на необходимость того, чтобы в рамках программ по профилактике ВИЧ/СПИД учитывался социальный контекст половых контактов мужчин и относительное отсутствие власти у женщин, быстро растет. Полезный анализ особых рисков, которым подвергаются женщины, выполняющие работу, связанную с повышенной опасностью для здоровья, содержится в издании Heise, Lori L., and Christopher Elias. 1995. «Transforming AIDS Prevention to Meet Women's Needs: A Focus on Developing Countries.» *Social Science and Medicine* 40(7): 931-943. Great Britain: Elsevier Science Ltd. Пример аналогичных результатов, полученных в одной из развитых стран, приводится в издании Worth, Dooley. 1989. «Sexual Decision-Making and AIDS: Why Condom Promotion among Vulnerable Women is Likely to Fail.» *Studies in Family Planning* 20(6): 297-307. New York: The Population Council.
14. ВОЗ определяет неквалифицированный аборт как процедуру прекращения нежелательной беременности либо лицами, у которых не имеется необходимой квалификации, либо в условиях, не удовлетворяющих минимальным медицинским стандартам, или же при наличии обоих этих факторов. (См. Организация Объединенных Наций. 1995 год. *Народонаселение и развитие, том I: Программа действий, принятая на Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года* [в продаже под № R.95.XIII.7]. Нью-Йорк, Департамент по экономической и социальной информации и анализу политики, Организация Объединенных Наций). Как отмечает ВОЗ, «законный или незаконный характер услуг может и не являться фактором, определяющим их безопасность» (World Health Organization 1994. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*. Second Edition. Geneva: World Health Organization).
15. United Nations 1996, p.161 (см. примечание 4).
16. The Alan Guttmacher Institute. 1994. *Clandestine Abortion. A Latin America Reality*. New York and Washington: The Alan Guttmacher Institute. Cited in United Nations 1996, p.163 (см. примечание 4).
17. Снижение показателя рождаемости с максимального уровня без лимитирующего воздействия непосредственных определяющих факторов было на 26,5 процента обусловлено применением методов контрацепции и на 17,5 процента — абортами (невзвешенный средний показатель, полученный на основе 42 обследований).
18. Исследование по вопросам контрацепции и абортов в Латинской Америке, подготовленное Суниллой Сингх и Гилдой Сидх (1996. «Abortion, Contraception and Fertility in Latin America.» Chapel Hill, North Carolina: The Evaluation Project, Carolina Population Center. Cited in «Understanding How Family Planning Programs Work: Findings from Five Years of Evaluation Research», draft project document by Renee Samara, Bates Buckner and Amy Tsui. 1996. Chapel Hill, North Carolina: The Evaluation Project, Carolina Population Center) с использованием иной методологии оценки уровней искусственных абортов, показало, что в Мексике и Колумбии масштабы воздействия как методов контрацепции, так и абортов возрастали в период с середины 70-х по середину 80-х годов, однако масштабы применения методов контрацепции возрастали гораздо быстрее по мере того, как эти программы становились более доступными.
19. Исследования цитируются в издании Robey, Bryant, John Ross and Indu Bhushan. 1996. *Meeting Unmet Need: New Strategies*. Population Reports, Series J, No.43. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
20. Усечение только головки клитора некоторые обозначали как «подлинное обрезание», поскольку оно в весьма значительной степени аналогично обрезанию у мужчин. Усечение клитора обозначается в некоторых обиходах как «легкое обрезание» или «суннитское обрезание» (ВОЗ не поощряет употребления этого термина, поскольку это может способствовать закреплению неправильного представления о том, что кораном рекомендуется любая форма клиторотомии). Для определения диффузии используются различные термины, такие, как «обрезание в тяжелой форме», «фаранское обрезание» (в Судане) и «суданское обрезание» (в Египте). Представленная в тексте классификация ВОЗ основывается на медицинском описании, и при ее подготовке были предприняты усилия с тем, чтобы избежать использования терминологии, указывающей на какое-либо культурное или географическое происхождение или обоснование.

21. World Health Organization. 1996a. *Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*. Geneva: World Health Organization.
22. Нарушение прав на здоровье является основным объектом критики клинторотомии со стороны медицинских учреждений. Женские правозащитные группы также уделяют большое значение праву женщин на личную неприкосновенность, включая контроль над распоряжением своим телом. Преимущество первой точки зрения заключается в выражении озабоченности по поводу нарушения прав даже при добровольном осуществлении этой процедуры; вторая точка зрения правильно подчеркивает независимость женщины, хотя и в ситуациях, которые могут быть сопряжены с продолжительной социализацией, непосредственным социальным влиянием и стимулированием или прямым принуждением.
23. World Health Organization. 1996b. *Female Genital Mutilation. Report of a WHO Technical Working Group Meeting: Geneva: 17-29 July 1995*. Geneva: World Health Organization.
24. Toubia, N. 1995. *Female Genital Mutilation: A Call for Global Action*. Second Edition, Lexington: Women Ink. Cited in *Female Genital Mutilation: A Reproductive Health Concern*. Supplement to *Population Reports Series J*, No.41, by Kurungari Kiragu. 1995. Baltimore, Maryland: Population Information program, Johns Hopkins School of Public Health.
25. World Health Organization 1996a and 1996b (см. примечания 21 и 22).
26. Умеренные ответы на некоторую более серьезную международную критику этой практики даны тремя африканскими учеными, работающими в американских университетах, в бюллетене Программы африканских исследований (Iweriabor, Ifeyinwa. 1996. *Brief Reflections on Clitoridectomy*; Matias, Aisha Samad. *Female Circumcision in Africa and the Problem of Cross-cultural Perspectives*. In *Africa Update* 3(2). Главный редактор этого бюллетеня профессор Глория Т. Эмеагвали правильно отмечает во введении к этим статьям: «Никто из авторов слепо не отстаивает эту социальную практику, все три подчеркивают необходимость применения системного подхода, который обеспечивает учет богатого, сложного и разнообразного характера африканской цивилизации—ее патриархальные и матриархальные аспекты, ее сильные и слабые стороны, ее славные и печальные традиции».
27. Williams, Lindy, and Teresa Sobieszczek. 1996. *Attitudes Surrounding the Continuation of Female Circumcision in the Sudan: Passing the Tradition to the Next Generation*. University of Michigan Population Studies Center Research Report No.962366. Ann Arbor, Michigan: Population Studies Center, University of Michigan.
28. Этот список подготовлен на основе экспериментальной работы, проводимой Межафриканским комитетом по традиционной практике, затрагивающей здоровье женщин и детей (МАК), Женсва, Швейцария, и Организацией «Маэнадемо я Ванаваке» (МИБО), Найроби, Кения.
29. Подборки материалов ВОЗ представлены Отделом семьи и репродуктивного здоровья.
30. Организация Объединенных Наций (готовится к публикации). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. Нью-Йорк, Отдел народонаселения, Департамент по экономической и социальной информации и анализу политики, Организация Объединенных Наций.
31. Это является основной темой аналитических материалов и рекомендаций, содержащихся в издании The World Bank. 1993. *World Development Report: Investing in Health*. Oxford and London: Oxford University Press.
32. Michaud, C., and C. Murray. 1994. *External Assistance to the Health Sector in Developing Countries: A Detailed Analysis: 1972-1990*. *Bulletin of the World Health Organization* 72(4): 639-651.
33. Inter-America Development Bank. 1996. *Annual Report*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank.
34. Magnani, Robert J., et al. 1995. *Does Utilization of Maternal and Child Health Services Influence Contraceptive Use: Evidence from Morocco*. Пересмотренный вариант документа, представленный на ежегодном совещании Американской демографической ассоциации, Сан-Франциско, Калифорния, 6-8 апреля 1995 года.
35. Timyan, Judith, et al. 1993 (см. примечание 3).
36. Pillsbury, Barbara, Ann Brownlee and Judith Timyan. 1990. *Understanding and Evaluating Traditional Practices: A Guide for Improving Maternal Care*. Washington, D.C.: Maternal Nutrition and Health Care Program, International Center for Research on Women.
37. Информация о квалифицированном принятии родов была подготовлена на основе материалов из различных источников, включая: World Health Organization. 1993. *Coverage of Maternity Care: A Tabulation of Available Information*. Geneva: World Health Organization; United Nations 1996, pp.93ff (см. примечание 4); and International Planned Parenthood Federation. 1996. *Reproductive Rights*, wallchart. London: International Planned Parenthood Federation.
38. Как правило выше 80 процентов, за исключением следующего: 73 процента в Бразилии и Никарагуа, 69 процентов в Мексике, 66 процентов в Парагвае, 55 процентов в Боливии и 50 процентов в Перу.
39. Наиболее низкий показатель квалифицированного принятия родов отмечается в Сомали (2 процента), Эфиопии (14 процентов), Чаде, Анголе и Нигерии (15 процентов), Мали (18 процентов), Бурунди (19 процентов) и Руанде (26 процентов); наиболее высокий показатель—на Маврикии (85 процентов), в Габоне (80 процентов), Ботсване (77 процентов), Зимбабве (70 процентов), Судане (69 процентов) и Намибии (68 процентов).
40. Наиболее высокие показатели отмечаются в Кувейте и Израиле, где квалифицированное принятие родов распространено практически повсеместно. Другие относительно высокие показатели отмечаются в Саудовской Аравии (90 процентов), Иордании (87 процентов), Алжире (77 процентов), Ливийской Арабской Джамахирии и Турции (76 процентов) и Тунисе (69 процентов). Более низкие показатели зарегистрированы в Марокко (32 процента) и Йемене (16 процентов).
41. Практически всеобщее квалифицированное принятие родов, за исключением Китая (94 процента) и Республики Корея (89 процентов).
42. Концепция «доступ при высоком качестве» заимствована из работы Анруда Джайна и Джудит Брус. См. Jain, Anrudh K. (ed.). 1992. *Managing Quality of Care in Population Programs*. West Hartford, Connecticut: Kumarian Press; Bongaarts, John, and Judith Bruce. 1995. *The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services*. *Studies in Family Planning* 26(2). New York: The Population Council.
43. См. Thaddeus, Sreen, and Deborah Maine. 1994. *Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context*. *Social Science and Medicine* 38(8): 1091-1110. Great Britain: Elsevier Science Ltd.
44. National Family Planning Coordinating Board (BKKBN). 1994. *A Situation Analysis of the Government Run Service Delivery Points for Family Planning in Indonesia* (Report copy). Jakarta: Training and Development Center for Biomedical and Human Reproduction.
45. Cernada, George P., et al. 1993. *A Situation Analysis of Family Welfare Centres in Pakistan*. Operations Research Working Paper Series, No.4. New York: The Population Council.
46. Тексты материалов для распространения, представленных для Семинара по качеству обслуживания, ЮНФПА и Совет по народонаселению, Нью-Йорк, 21-25 октября 1996 года.
47. Cernada et al. 1993 (см. примечание 45).
48. Stein, Karen. 1996. *The Differing Perceptions of Women Seeking Maternal and Child Health and Family Planning Services in Three African Countries*. Выступление на Семинаре по качеству обслуживания, ЮНФПА и Совет по народонаселению, Нью-Йорк, 21-25 октября 1996 года.
49. Miller, Robert. 1996. Personal communication; и выступление на Семинаре по качеству обслуживания, ЮНФПА и Совет по народонаселению, Нью-Йорк, 21-25 октября 1996 года.
50. Krieger, Laurie. 1991. *Male Doctor, Female Patient: Access to Health Care in Egypt*; and Alexander, Marie. 1991. *The Role of Gender, Socio-Economic, Cultural, and Religious Pressure on the Health of Women in Cameroon*. Документы, представленные на восемнадцатой ежегодной сессии Национального совета для Международной конференции по проблемам здравоохранения, Арлингтон, Вирджиния. Цитируются в издании Timyan, et al. 1993 (см. примечание 3).
51. Согласно полученным данным, средняя продолжительность контактов с клиентами составляла в Бангладеш даже четыре минуты. См., например, Janowitz, B., and D. Hubacher. 1996. *Productivity and Costs for Family Planning Service Delivery in Bangladesh: The Government Program*. Technical Report. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International; and National Family Planning Coordinating Board (BKKBN) 1994 (см. примечание 44). Дополнительные данные были представлены на Семинаре по качеству обслуживания, организованном ЮНФПА и Советом по народонаселению 21-25 октября 1996 года в Нью-Йорке.
52. Helzner, J. (Forthcoming.) *What Does Sex Have to Do with It? Challenges for Incorporating Sexuality into Family Planning* (Draft). London and New York: International Planned Parenthood Federation and the Population Council.
53. Национальный координационный совет по планированию семьи (НКПС), 1994 год (см. приложение 44).
54. Некоторые клиенты, возможно, не были опрошены, поскольку они приходили в больницу с малолетними детьми, и за их поведением, возможно, непосредственного наблюдения не осуществлялось. Частотность таких случаев не была зафиксирована.
55. Robey, Ross and Bhushan. Bhushan, Indu. 1996. *Understanding Unmet Need*, Center for Communications Programs Working Paper (Draft). Baltimore, Maryland: Center for Communications Programs, Johns Hopkins University.
56. В Ботсване запасы презервативов заканчивались приблизительно в 23 процентах медпунктов по крайней мере один раз в течение шести месяцев, предшествовавших проведению исследования. Более низкие показатели наблюдались в Кении (12 процентов) и Сенегале (5 процентов). Более значительные масштабы распространения ВИЧ/СПИДа в Восточной Африке, возможно, являются причиной резкого роста спроса и дефицита снабжения.
57. Miller, Robert. 1996. Выступление и материал, распространенный на Семинаре по качеству обслуживания, ЮНФПА и Совет по народонаселению, Нью-Йорк, 21-25 октября 1996 года. В Танзании оральные контрацептивы отсутствовали в 41 проценте медпунктов в день их посещения; в Замбии такие трудности наблюдались в 20 процентах медпунктов; в других обследованных странах (Кения, Зимбабве и Буркина-Фасо) их дефицит наблюдался лишь в незначительном числе медпунктов или же такой дефицита не наблюдалось вообще.
58. Согласно данным, подготовленным Миллером, в день инспекции в Найроби нехватки запасов не наблюдалось, однако в сельских районах Кении дефицит ВПС был отмечен в 40 процентах медпунктов. В других обследованных странах показатель дефицита ВПС в медпунктах колебался приблизительно от одной трети (Буркина-Фасо и Танзания) до четырех пятых (Зимбабве). В Азии в результате исследования, проведенного в

Индонезии, также были выявлены трудности со снабжением некоторыми ВПС (в частности, медными колпачками; Национальный координационный совет по планированию семьи (НКСПС), 1994 год (см. примечание 44).

59. Mauldin, W. Parker, and John A. Ross. 1991. «Family Planning Programs: Efforts and Results: 1982-1989.» *Studies in Family Planning* 22(6): 350-367; Ross, John A., et al. 1992. *Family Planning and Child Survival Programme: As Assessed in 1991*. New York: The Population Council; and Ross, John A., and W. Parker Mauldin. 1996. «Family Planning Programs: Efforts and Results. 1972-94.» *Studies in Family Planning* 27(3). New York: The Population Council.
60. United Nations 1996 (см. примечание 4) Оценочные данные касаются супружеских пар, в которых женщины находятся в репродуктивном возрасте.
61. Ibid. Различие в использовании современных методов в значительной степени обусловлено тем, что в более развитых регионах шире практикуется прерывание полового акта (17 процентов против 4 процентов) и учет сроков овуляции (9 процентов против 4 процентов). Другие существенные различия связаны с выбором современных методов, как об этом говорится в тексте.
62. United Nations 1995, Paragraph 7.13, p.32 (см. примечание 14).
63. Согласно оценочным данным, численность замужних женщин (или состоящих в гражданском браке) с неудовлетворенными потребностями составляет 120-150 миллионов в зависимости от используемых определений. Последние оценки и указания на эволюцию этой концепции см. в издании Westoff, Charles F., and Akinrinola Bandole. 1995. *Unmet Need, 1990-1994, Demographic and Health Surveys Comparative Studies No 16*, Calverton, Maryland: Macro International Inc. Изложение концептуальных сложностей первоначальной концепции см. в издании Dixon-Muller, Ruth, and Adrienne Germain. 1992. «Stalking the «Unmet Need» for Family Planning.» *Studies in Family Planning* 25(5): 330-335. New York: The Population Council. Полезные сведения содержатся в издании Aitken, Iain, and Laura Reichenbach. 1994. «Reproductive and Sexual Health Services: Expanding Access and Enhancing Quality.» In *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, edited by Gita Sen, Adrienne Germain and Lincoln C. Chen. 1994. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. Определения, используемые Диксон-Мюллером и Жерменом, приводят к получению даже еще более высоких оценочных данных в отношении неудовлетворенных потребностей.
64. Mauldin, W. Parker, and Vincent C. Miller. 1994. *Contraceptive Use and Commodity Costs in Developing Countries. 1994-2005*, UNFPA Technical Report No.18. New York: UNFPA.
65. Сравнение определения неудовлетворенных потребностей в Шри-Ланке с помощью подходов, основанных на предпочтениях и соображениях охраны здоровья, дается в издании DeGraff, Deborah S., and Victor de Silva. 1996. «A New Perspective on the Definition and Measurement of Unmet Need for Contraception.» *International Family Planning Perspectives* 22(4): 140-147.
66. 70 000 смертей обусловлены осложнениями после некавалифицированных абортов; 128 000 из 513 000 ежегодно отмечаемых материнских смертей, не обусловленных некавалифицированными абортами, можно было бы избежать за счет предоставления нежелательных беременностей благодаря использованию безопасных и эффективных методов планирования семьи, поскольку, согласно консервативным оценкам, по меньшей мере одна четверть всех непрерывных беременностей является нежелательной (Bongaarts, John. 21 February 1997. Personal communication).
67. Информация об официальных факторах, препятствующих доступу, взята из настенной диаграммы «Репродуктивные права», составленной МППРС и Международным комитетом действий в защиту прав женщин (см. примечание 36).

Глава 3

1. Статья 2 резолюции 48/104 Генеральной Ассамблеи. В Декларации об искоренении насилия в отношении женщин (20 декабря 1993 года, документ A/48/629) говорится:
Насилие в отношении женщин, как подразумевается, охватывает следующие случаи, но не ограничивается ими:
а) физическое, половое и психологическое насилие, которое имеет место в семье, включая нанесение побоев, половое принуждение в отношении девочек в семье, насилие, связанное с приданым, изнасилование женой мужем, повреждение женских половых органов и другие традиционные виды практики, наносящие ущерб женщинам, внебрачное насилие и насилие, связанное с эксплуатацией;
б) физическое, половое и психологическое насилие, которое имеет место в обществе в целом, включая изнасилование, половое принуждение, половое домогательство и запугивание на работе, в учебных заведениях и других местах, торговлю женщинами и принуждение к проституции;
в) физическое, половое и психологическое насилие со стороны или при попустительстве государства, где бы оно ни происходило.
2. United Nations. 1996. *World Population Monitoring 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health* (ESA/P/WP.131), pp.14ff. Нью-Йорк: Отдел народонаселения, Департамент по экономической и социальной информации и анализу политики. Организация Объединенных Наций.

3. Senderowitz, J., and J. Paxman. 1985. «Adolescent Fertility: Worldwide Concerns.» *Population Bulletin* 40(2). Washington D.C.: Population Reference Bureau; Senadayaake, P. 1996. «Adolescent Fertility.» In *Health Care of Women and Children in Developing Countries*, edited by H. Wallace and K. Giri. Oakland, California: Third Party Publishing. Cited in United Nations 1996, p.29. (См. примечание 2). См. также Senderowitz, J. 1995. *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood*, World Bank Discussion Paper 272. Washington D.C.: The World Bank.
4. Такая тенденция наблюдается даже в странах, в которых искусственные аборты являются законными и доступными. Она также развивается во всем мире (см. The Alan Guttmacher Institute. 1995. *Women, Families and the Future: Sexual Relationships and Marriage Worldwide* (Fact sheet.) Washington, D.C.: The Alan Guttmacher Institute).
5. Доля женщин, ведущих активную половую жизнь в возрасте до 20 лет, сократилась в Колумбии, Доминиканской Республике, Мексике, Перу и Тринидаде и Тобаго и осталась практически неизменной в Бразилии, Гватемале, Сальвадоре и Эквадоре (см. United Nations 1996 (см. примечание 2)).
6. Результаты исследований по 13 странам обобщены в издании Weiss, Ellen, Daniel Whelan and Geeta Rao Gupta. 1996. *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World: Findings from the Women and AIDS Research Program*. Washington D.C.: International Center for Research on Women.
7. Meekers, Dominique. 1993. *Sexual Initiation and Premarital Childbearing in Sub-Saharan Africa*, Demographic and Health Survey Working Paper No.5. Columbia, Maryland: Macro System, Inc. Цитируется в United Nations 1996 (см. примечание 2).
8. K. Wellings, et al. 1994. *Sexual Behaviour in Britain*. Harmondsworth, United Kingdom: Penguin Books. Cited in United Nations 1996, p.31 (см. примечание 2).
9. United Nations 1996, pp.29ff. (см. примечание 2). См. также United Nations. 1989a. *Adolescent Reproductive Behaviour, vol 1: Evidence from Developed Countries*, Population Studies No 109 (Sales No.E.86.XIII.5). New York: United Nations.
10. McCauley, Ann P., and Cynthia Salter. 1995. *Meeting the Needs of Young Adults*, Population Reports, Series J, No.41. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
11. В исследованиях по качественному анализу это указывается в качестве общей темы, рассматриваемой в рамках тематических групповых обсуждений.
12. Weiss, Whelan and Gupta 1996 (см. примечание 6). В отдельных страновых исследованиях особо отмечается неловкость, испытываемая родителями и детьми обоих полов при обсуждении вопросов половой жизни.
13. United Nations 1996, Box II.1 (см. примечание 2); и United Nations 1995. *Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys* (Sales No. E.95.XIII.23). New York: United Nations.
14. McCauley and Salter 1995 (см. примечание 10).
15. Среди прочего, см. статью 3: «Во всех действиях в отношении детей, независимо от того, предпринимаются они государственными или частными учреждениями, занимающимися вопросами социального обеспечения, судами, административными или законодательными органами, первоочередное внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка», и статью 18: «Государства-участники принимают все возможные усилия к тому, чтобы обеспечить признание принципа общей и одинаковой ответственности обоих родителей за воспитание и развитие ребенка. Родители или в соответствующих случаях законные опекуны несут основную ответственность за воспитание и развитие ребенка. Наилучшие интересы ребенка являются предметом их основной заботы» (подчеркнуто нами). (См. United Nations 1989b. *Конвенция о правах ребенка, резолюция 25 (XLIV) Генеральной Ассамблеи, сорок четвертая сессия, Дополнение № 49 (A/RES/44/25, воспроизведено в 28.I.L.M. 14483, открыта для подписания 26 января 1990 года).*
16. Один из примеров того, как относительно «нечувствительный» инструмент измерения, используемый в рамках социальных обследований, может способствовать пониманию брачного процесса, приводится в издании Meekers, Dominique. 1992. «The Process of Marriage in African Societies: A Multiple Indicator Approach.» *Population and Development Review* 18(1): 61-78, 205, 207. В этом труде приводится информация о брачной церемонии в контексте различных предписываемых обществом ритуалов и практики, касающихся официального оформления отношений супружеской пары. Дополнительную информацию можно получить за счет проведения комплексных, количественных и качественных исследований. См. Meekers, Dominique. 1994. «Combining Ethnographic and Survey Methods: A Study of the Nuptiality Patterns of the Shona of Zimbabwe.» *Journal of Comparative Family Studies* 25(3): 313-328.
17. Единокровный брак—это брак, при котором муж и жена связаны между собой родственными узами на уровне троюродного брата (троюродной сестры) и на более близком уровне.
18. Полигамные союзы (наличие у мужа нескольких жен) распространены гораздо шире, чем полиандрические союзы (наличие у жены нескольких мужей). В настоящем документе не предполагается, что любая брачная система неизбежно приводит к возникновению проблем с соблюдением прав человека. Признание принципа неприкосновенности определяет актуальный характер аргументации в защиту этих прав.

19. В основу этого раздела положены материалы готовящегося к выпуску издания Организации Объединенных Наций *World Population Prospects: The 1996 Revision*. Нью-Йорк, Отдел народонаселения, Департамент по экономической и социальной информации и анализу политики, Организация Объединенных Наций.
20. Эти результаты основаны на официальных данных о регистрации браков, а не на материалах докладов о проведении обследований, как это делается например, в развивающихся странах. Определенное повышение возраста при вступлении в официальный брак в Северной Европе и Северной Америке компенсируется в этих районах ростом масштабов доброго сожительства либо в качестве предпосылки к вступлению в брак, либо в качестве альтернативы ему.
21. Данные содержатся в издании McCauley and Salter 1995 (см. примечание 10). Следует отметить, что в районах, в которых возраст при вступлении в брак по-прежнему является невысоким, менее 50 процентов женщин не вступали в брак до достижения 20-летнего возраста.
22. United Nations 1996 (см. примечание 2). Основано на материалах издания United Nations. 1990. *Patterns of First Marriage: Timing and Prevalence* (Sales No. E.91.XIII.6). New York: United Nations.
23. Gage-Brandon, Anastasia J., and Dominique Meekers. 1993. "The Changing Dynamics of Family Formation: Women's Status and Nuptiality in Togo," Population Research Institute Working Paper No. 1993-02. University Park, Pennsylvania: Population Research Institute, Pennsylvania State University.
24. International Planned Parenthood Federation. 1996. *Reproductive Rights*, wallchart. London: International Planned Parenthood Federation.
25. Meekers, Dominique, and Nadra Franklin. 1994. "Women's Perceptions of Polygyny among the Kagus of Tanzania," Population Research Institute Working Paper in African Demography, No. AD95-01. University Park, Pennsylvania: Population Research Institute, Pennsylvania State University.
26. McCauley, et al. 1994. *Opportunities for Women Through Reproductive Choice*, Population Reports, Series M, No.12. pp.18ff, 27. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
27. Информация для этого раздела взята из изданий: Korea Institute for Health and Social Affairs (KIHASA) and United Nations Population Fund. 1996. *Sex Preference for Children and Gender Discrimination in Asia*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; см., в частности, следующие разделы: Nizamuddin, M., and Iqbal Alam, "Nature of Sex Preference for Children and Gender Discrimination in Asia"; Chang Gu Bao, and Lu Yong Ping, "Sex Ratio at Birth and Son Preference in China"; Cho, Nam-Hoon and Moon-Sik Hong, "Effects of Induced Abortion and Son Preference on Korea's Imbalances Sex Ratio at Birth"; Das Gupta, Monica, and Leela Visana, "Son Preference and Excess Female Mortality in India's Demographic Transition"; and Leete, Richard, "Son Preference in Asia: Issues and Considerations."
28. Ранее детоубийство было распространено и признавалось в значительно более широких масштабах по сравнению с нынешним временем. Например, оно являлось частью западных традиций в различных институциональных рамках с древних времен по крайней мере до семнадцатого столетия. Информация, полученная из Восточной Азии, свидетельствует о значительном сокращении показателя детоубийств в последнем столетии. Это явление в настоящее время наблюдается главным образом в отдаленных и сельских районах.
29. Сравнительно неполная регистрация девочек, которая также является отражением их более низкого статуса, и другие технические вопросы осложняют задачу подготовки достоверных оценок.
30. Isaacs, Stephen L. 1995. "Incentives, Population Policy and Reproductive Rights: Ethical Issues," *Studies in Family Planning* 26(6): 363-367. New York: The Population Council.
31. Ross, John A., and W. Parker Mauldin. 1996. "Family Planning Programs: Efforts and Results: 1972-94," *Studies in Family Planning* 27(3). New York: The Population Council; и база данных, представленная автором. Предоставление стимулов различным организациям, предоставляющим услуги, и/или клиентам варьируется следующим образом: в наибольших масштабах они предоставляются во Вьетнаме, Индии, Китае, Республике Корея и Сингапуре; в более ограниченных масштабах — в Бангладеш, Индонезии, Корейской Народно-Демократической Республике и Тайване (провинция Китая); в более умеренных масштабах — в Египте, Малайзии, Мексике, Непале, Объединенной Республике Танзании, Таиланде, Филиппинах и Шри-Ланке; и в меньших масштабах — в Бразилии, Гондурасе, Доминиканской Республике, Колумбии, Либерии, Пакистане, Сальвадоре, Сомали, Тунисе и Эквадоре. Многие из этих стран пересматривают существующую в них практику с учетом международного консенсуса, достигнутого на МКНР.
32. Некоторые авторы указывали на присущие многим социальным системам предубеждения в пользу рождения детей и воздействие быстрого прироста населения на перспективы развития в бедных странах в качестве обоснования для предоставления в не принудительном порядке стимулов семьям для ограничения их фертильности (см., например, Hollingsworth, William G. 1996. *Ending the Explosion: Population Policies and Ethics for a Humane Future*. Santa Ana, California: Seven Locks Press. Г-н Холлингсворт приводит сложные и обстоятельные аргументы в пользу осуществления планов специального стимулирования в рамках многосекторальных программ в области народонаселения и развития, а также свои мнения относительно того, как это будет способствовать решению различных этических проблем). Международное сообщество, отчасти в результате признания наличия потенциальных возможностей для нарушения прав, подчеркнуло необходимость применения добровольных подходов и приоритетное значение, в частности, просвещения.

33. Heise, Lori. 1993. "Violence Against Women: The Missing Agenda." In *The Health of Women: A Global Perspective*, p.171, edited by Marge Koblinsky, Judith Timyan and Jill Gay. 1993. Boulder, Colorado: Westview Press. В основу последующего изложения положены этот и другие труды г-жи Хейзе и ее коллег.
34. Это представляет собой адаптированный вариант определения, предложенного самой Хейзе в ее работе 1993 года (см. примечание 33) на основе определения бытового насилия, содержащегося в издании Antony, Carmen, and Gladys Miller, 1986. "Estudio Exploratorio Sobre el Maltrato Físico de que es Víctima la Mujer Panameña." Panama City: ICRUP/Ministerio de Trabajo y Bienestar Social.
35. Engle, Partice. 1994. *Men in Families: Report of a Consultation on the Role of Men and Fathers in Achieving Gender Equity*. New York: UNICEF.
36. В труде Хейзе 1993 года (см. примечание 33) приводятся результаты обследования источников антропологических данных, в которых содержится документально подтверждаемая информация о физическом насилии в отношении женщин в более чем 70 из 90 обследованных обществ или групп, включая Levinson, David. 1989. *Violence in Cross-Cultural Perspective*. Newbury Park. Sage Publications; and Counts, Dorothy Ayers, Judith K. Brown and Jacquelyn C. Campbell. 1992. *Sanctions and Sanctuary: Cultural Perspectives on the Beating of Wives*. Boulder, Colorado: Westview Press.
37. В данном разделе используются материалы, содержащиеся в издании Heise, Lori, Kirsten Moore and Nahid Toubia. 1995. *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. New York: The Population Council.
38. United Nations. 1995. *Violence against Women*. New York: Department of Public Information. United Nations; also, American Medical Association, "Sexual Assault in America," 6 November 1995.
39. В Соединенных Штатах объем расходов на медицинское обслуживание у женщин, которые подверглись изнасилованию или побоям в этом году, были в два с половиной раза выше, чем у других женщин. В связи с этим фактор изнасилования или физического нападения предопределяет необходимость в стационарном или амбулаторном лечении в большей степени по сравнению с любой другой переменной, включая риски, связанные с возрастом и здоровьем, такие, как курение (см. World Health Organization. 1996. Presentation by Dr. Liljestrand to UNFPA, November 1996, and Schwartz, I.L. 1991. "Sexual Violence against Women: Prevalence, Consequences, Societal Factors and Prevention." *American Journal of Preventive Medicine* 7(6): 363-373).
40. Этот показатель относится к периоду 1987-89 годов (самый последний имеющийся показатель). "U.S. Women at Higher Risk of Rape than European Women, U.N. Says," Associated Press (Report on an Economic Commission for Europe publication), Geneva, 12 December 1995.
41. Lederer, Edith M. 1996. "Sexual Exploitation of Women," AP Worldstream, 6 June 1996 (Доклад о групповой дискуссии в Стамбуле в связи со Всемирным конгрессом по сексуальной эксплуатации детей, которая была проведена перед Конференцией Хабитат II).
42. "China Police Nab 61 for Kidnapping Women, Children," Reuters World Service, 26 November 1996. (Report from Beijing disseminating China News Service story.)
43. McEvoy, Janet. 1996. "EU to Tackle Smuggling of Women from Eastern Europe," Reuters World Service, 6 June 1996.

Глава 4

1. Adair, Linda, David Guilkey, and Elizabeth Bisgrove. 1996. "Effects of Childbearing on Filipino Women's Labour Force Participation and Earnings." Документ, представленный на ежегодном совещании Американской демографической ассоциации, Новый Орлеан, Луизиана, 6-11 мая 1996 года.
2. Jejeebhoy, Shireen J. 1995. *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*, International Studies in Demography Series. New York: Oxford University Press.
3. Simmons, Ruth. 1996. "Women's Lives in Transition: A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh," *Studies in Family Planning* 27(5). New York: The Population Council.
4. См. Schuler, Sidney Ruth, Syed M. Hashemi and Ann P. Riley. 1996. "Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh." Документ, представленный на ежегодном совещании Американской демографической ассоциации 1996 года, Новый Орлеан, Луизиана, 9-11 мая 1996 года; и Dixon-Mueller, Ruth. 1993. *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*, Chapters 5 and 6. Westport, Connecticut: Praeger. На этих совещаниях было сообщено о проведении дальнейших исследований в рамках проекта "Интернационал за охрану здоровья семьи" по исследованию проблем женщин под руководством Нэнси Уильямсон.
5. Gage, Anastasia J. 1995. "Women's Socioeconomic Position and Contraceptive Behavior in Togo," *Studies in Family Planning* 26(5). New York: The Population Council.
6. Экономическая обеспеченность определяется в порядке убывания следующим: работает за наличные и участвует в револьверно-кредитных и сберегательных программах; работает за наличные, но деньги свои не вкладывает; и работает не за наличные.
7. Показателями контроля над выбором супруга является, в порядке убывания, следующее: выбор женщинами партнеров не по рекомендации их семьи, выбор по рекомендации семьи; и выбор (организация выбора) партнера семьей.

Глава 5

1. См. в частности United Nations. 1995. *World's Women 1995. Trends and Statistics: Social Statistics and Indicators* (ST/ESA/STAT/SER.K/12). New York: United Nations.
2. Деятельность по проектам в Гане, Египте и Индонезии была изложена на Тематическом семинаре ЮНФПА по гендерной проблематике, народонаселению и развитию, ЮНФПА, Нью-Йорк, 30 сентября—3 октября 1996 года.
3. В период 1994-1995 годов в рамках проекта по оценке, финансируемого ЮСАИД, была подготовлена серия изданий, касающихся показателей оценки программ в области планирования семьи (Bertrand J., R. Magnani and J. Knowles (eds.) 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation* (Supported by USAID contract DPE-3060-C-00-1054-00). Chapel Hill, North Carolina: The Evaluation Project, Carolina Population Center and the series *Indicators for Reproductive Health Program Evaluation*, December 1995, including: Galloway, Rae, and Allison Cohn (eds.), *Final Report of the Subcommittee on Women's Nutrition*; O'Gara, Chloe, Martha Holley Newsome and Claire Viadro (eds.), *Final Report of the Subcommittee on Breastfeeding*; and Koblinsky, Marge, et al. (eds.), *Final Report of the Subcommittee on Safe Pregnancy*). Эта серия была расширена для включения в нее информации о других компонентах всесторонних программ в области репродуктивного здоровья. ЮНФПА также приступил к проведению консультаций для дальнейшей разработки, сопоставления и распространения показателей в рамках системы ООН. В феврале 1997 года состоялась встреча представителей национальных программ, специализированных учреждений, организаций по оказанию двусторонней помощи и международных финансовых учреждений в целях выработки консенсуса по комплексу показателей репродуктивного здоровья. Ожидается, что в результате продолжения этого сотрудничества будут достигнуты договоренности в отношении общей основы для оценки и повышения эффективности осуществления программ.
4. См. в частности Amnesty International. 1995. *Human Rights are Women's Rights*. New York: Amnesty International; the publications of Human Rights Watch/Women's Rights Group, including: *The Human Rights Watch Global Report on Women's Human Rights* 1995. New York: Human Rights Watch; and the bibliographies and databases of Human Rights Internet (e.g., 1995. *The Human Rights Internet Reporter* 15[2], an issue devoted to «Women's Rights as Human Rights»).
5. Например, Всемирный конгресс по борьбе с сексуальной эксплуатацией детей в коммерческих целях, Стокгольм, август 1996 года.
6. В настоящее время в рамках сети Human Rights Internet, WWW (<http://www.hri.ca>) ведется подготовка доступной международной базы данных по этим материалам.
7. Организация Объединенных Наций, 1995 год. *Народонаселение и развитие, том 1: Программа действий, принятая на Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года* (в продаже под № R.95.XIII.7), пункты 7.19-7.20. Нью-Йорк, департамент по экономической и социальной информации и анализу политики. Организация Объединенных Наций.
8. См. Lynam, Pamela, Leslie McNeil Rabinowitz and Mofoluke Shobowale. 1993. «Using Self-assessment to Improve the Quality of Family Planning Services» *Studies in Family planning* 24(4): 252-260. New York: The Population Council.
9. UNFPA. 1997. «Rapid Assessment Procedures for Reproductive Health» (Draft Technical Paper). New York: UNFPA.

Специальный доклад

1. UNFPA. 1996. *Report of the Second Annual Meeting of the Non-governmental Organization Advisory Committee to UNFPA, 16-17 May 1996*. New York: UNFPA.

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

ТАБЛИЦЫ

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья				
	Младенческая смертность	Продолжительность жизни	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого)	Дети, посещающие последний класс начальной школы (%)	Число детей, принятых в среднюю школу (итого)	Число грамотных (%) (старше 15 лет)	Доступ к противозачаточным средствам: информ. о против. средствах (Информация о методе (%))		Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы	
	Итого	М / Ж		М / Ж	М / Ж	М / Ж	М / Ж	Информация о методе (%)	Информация об источниках (%)		Любой метод	Современные методы
Итого в мире	57	63,4 / 67,7					16 / 29			66	57	49
Более развитые регионы (*)	9	70,6 / 78,4					1 / 2			33	70	51
Менее развитые регионы (+)	62	62,1 / 65,2					21 / 38			73	53	49
Наименее развитые страны (#)	100	50,9 / 53,0					41 / 62			138	20	15
Африка (1)	86	52,3 / 55,3								130	19	15
Восточная Африка	99	47,8 / 50,3								145		
Бурунди	114	45,5 / 48,8	1300	76 / 62	73 / 78	8 / 5	51 / 78	70	62	60	9	1
Эритрея	98	49,1 / 52,1	1400	52 / 41		17 / 13				140	5	4
Эфиопия	107	48,4 / 51,6	1400	27 / 19	26 / 31	12 / 11	55 / 75	63		169	4	3
Кения	65	52,3 / 55,7	650	93 / 91		30 / 24	14 / 30	96	88	110	33	27
Малави	77	57,0 / 60,0	490	77 / 74	36 / 41	15 / 15			45	155	17	5
Мозамбик	142	40,3 / 41,1	560	74 / 62	46 / 37	5 / 3	28 / 58	90	80	173	13	7
Маврикий (2)	15	68,3 / 75,0	120	107 / 106	97 / 97	58 / 60	13 / 21	100		46	75	49
Мозамбик	110	45,5 / 48,4	1500	69 / 52		9 / 6	42 / 77			131		
Руанда	125	40,8 / 43,4	1300	78 / 76	50 / 50	11 / 9	30 / 48	98	86	60	21	13
Сомали	112	47,4 / 50,6	1600							208		
Уганда	113	40,4 / 42,3	1200	78 / 63		14 / 8	26 / 50	82	74	180	15	8
Объединенная Республика Танзания	80	50,0 / 52,8	770	71 / 69	72 / 74	6 / 5	21 / 43	74	66	134	20	13
Замбия	103	42,2 / 43,7	940		88 / 75		14 / 29	89	81	145	15	9
Зимбабве	68	47,6 / 49,4	570	120 / 117	96 / 93	53 / 41	10 / 20	96	93	129	48	42
Центральная Африка (3)	92	50,2 / 53,4								206		
Ангола	124	44,9 / 48,1	1500	95 / 87						236		
Камерун	58	54,5 / 57,2	550	109 / 93	69 / 66	32 / 23	25 / 48	72	54	141	16	4
Центральноафриканская Республика	96	46,4 / 51,0	700	88 / 55	65 / 53	17 / 6	32 / 48			147	24	4
Чад	115	46,3 / 49,3	1500	80 / 38	76 / 56		38 / 65			192		
Конго	90	48,6 / 53,4	890		57 / 48		17 / 33			146		
Габон	85	53,8 / 57,2	500		46 / 41		26 / 47			159		
Заир	89	51,3 / 54,5	870	78 / 61	86 / 44	31 / 14	13 / 32			231	8	2
Северная Африка (4)	55	63,2 / 66,1								50		
Алжир	44	67,5 / 70,3	160	111 / 96	92 / 88	66 / 55	26 / 51	99		26	52	49
Египет	54	64,7 / 67,3	170	105 / 89		81 / 69	36 / 61	100	93	62	47	46
Ливийская Арабская Джамахирия	56	63,9 / 67,5	220	107 / 104			12 / 37			110		
Марокко	51	64,8 / 68,5	610	85 / 60	75 / 76	40 / 29	43 / 69	99	94	37	50	42
Судан	71	53,6 / 56,4	660	59 / 45		24 / 19	42 / 65	71	60	59	8	7
Тунис	37	68,4 / 70,7	170	122 / 110	79 / 77	51 / 42	21 / 45	99	97	17	60	51
Южная часть Африки	50	61,3 / 66,8								75		
Ботсвана	56	48,9 / 51,7	250	113 / 120	71 / 88	49 / 55	20 / 40	95	95	100	33	32
Лесото	72	57,3 / 59,9	610	94 / 111	61 / 39	21 / 31	19 / 38	79		91	23	19
Намибия	60	54,7 / 56,6	370	134 / 138	32 / 43	49 / 61		89	78	111	29	26
Южная Африка	48	62,3 / 68,3	230	112 / 111		66 / 77	18 / 18			72	50	48
Западная Африка (5)	90	49,8 / 52,8								158		
Бенин	84	52,4 / 57,2	990	88 / 44	42 / 36	17 / 7	51 / 74	40		144	9	1
Буркина-Фасо	97	45,1 / 47,0	930	47 / 30	70 / 72	11 / 6	71 / 91	66	30	157	8	4
Кот-д'Ивуар	86	50,0 / 52,2	810	81 / 58	75 / 64	32 / 16	50 / 70	26		151	11	4
Гана	73	56,2 / 59,9	740	83 / 70		44 / 28	24 / 47	76	70	123	20	10
Гвинея	124	46,0 / 47,0	1600	57 / 27	70 / 59	17 / 6	50 / 78			241	2	1
Гвинея-Бисау	132	42,4 / 45,2	910		8 / 7		32 / 58			189		
Либерия	153	50,0 / 53,0	560				46 / 78	72	48	230	6	5
Мали	149	46,4 / 49,7	1200	32 / 19		10 / 5	61 / 77	42	30	199	7	5
Мавритания	92	51,9 / 55,1	930	68 / 55	75 / 59	19 / 10	50 / 74	61		133	3	1
Нигер	114	46,9 / 50,2	1200	37 / 21	83 / 77	9 / 4	79 / 93	76	33	219	4	2
Нигерия	77	50,8 / 54,0	1000	100 / 79	56 / 60	30 / 25	33 / 53	46	34	150	6	4
Сенегал	62	50,3 / 52,3	1200	67 / 50	91 / 78	22 / 12	57 / 77	74	44	155	7	5
Сьерра-Леоне	169	36,0 / 39,1	1800	60 / 42		22 / 12	56 / 82	78		212		
Того	86	48,8 / 51,5	640	122 / 81	67 / 44	34 / 12	33 / 63	94	81	126	12	3
Азия	56	64,8 / 67,7								57	59	55
Восточная Азия (6)	34	69,1 / 73,1								5		
Китай	38	68,2 / 71,7	95	124 / 117		59 / 48	10 / 27			5	83	80
Корейская Народно-Демократическая Республика	22	68,9 / 75,1	70							5	62	53
Гонконг	5	76,1 / 81,8	7		96 / 98		4 / 12	98		7	86	80
Япония	4	76,9 / 82,9	18	100 / 101	100 / 100	95 / 97				4	59	53

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья				
	Младенческая смертность	Продолжительность жизни	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итоги)	Дети, посещающие последний класс начальной школы (%)	Число детей, принятых в среднюю школу (итоги)	Число грамотных (%) старше 15 лет	Доступ к противозачаточным средствам: информация о против. средствах (М/Ж)		Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы	
	Итого	М / Ж		М / Ж	М / Ж	М / Ж	М / Ж	М / Ж	М / Ж		Любой метод	Современные методы
Монголия	52	64,3 / 67,3	65	95 / 100			11 / 23			31	61	25
Республика Корея	9	68,8 / 76,0	130	103 / 104	99 / 100	91 / 90	1 / 3	100	94	4	79	70
Юго-Восточная Азия	46	63,6 / 67,7								51		
Камбоджа	102	52,6 / 55,4	900							12		
Индонезия	46	63,3 / 67,0	650	116 / 112		48 / 39	10 / 22	95	93	62	55	52
Лаосская Народно-Демократическая Республика	86	52,0 / 55,0	650	119 / 89		30 / 18	31 / 56			51	19	15
Малайзия	11	69,9 / 74,3	80	93 / 94	95 / 96	58 / 62	11 / 22	99	94	29	48	31
Мьянма	78	58,5 / 61,8	580	107 / 104		23 / 23	11 / 22			35	17	14
Филиппины	35	66,6 / 70,2	280		70 / 70		5 / 6	97	93	48	40	25
Сингапур	5	75,1 / 79,5	10		100 / 100		4 / 14	98	95	8	74	73
Таиланд	30	66,3 / 72,3	200				4 / 8	100	99	51	74	72
Вьетнам	37	64,9 / 69,6	160				4 / 9	95		45	65	44
Южная часть Центральной Азии	72	61,7 / 62,9								111		
Афганистан	154	45,0 / 46,0	1700	46 / 16	27 / 32	22 / 8	53 / 85	4		153	2	2
Бангладеш	78	58,1 / 58,2	850	84 / 73		25 / 13	51 / 74	100	98	138	47	39
Бутан	104	51,6 / 54,9	1600				44 / 72			86		
Индия	72	62,1 / 62,7	570	112 / 89	65 / 58	60 / 37	35 / 62	95		116	41	37
Иран (Исламская Республика)	39	68,5 / 70,0	120	117 / 105	92 / 90	65 / 48	22 / 41	91		96	65	45
Непал	82	57,6 / 57,1	1500	130 / 87		46 / 23	59 / 86	93	80	92	29	26
Пакистан	74	62,9 / 65,1	340	57 / 30	48 / 48	28 / 13	50 / 76	78	46	93	12	9
Шри-Ланка	15	70,9 / 75,4	140	106 / 104	98 / 95	71 / 78	7 / 13	99	98	34	66	44
Западная Азия (7)	50	65,9 / 70,3								66		
Ирак	95	60,9 / 63,9	310	98 / 83	67 / 49	53 / 34	29 / 55			49	14	10
Израиль	7	75,7 / 79,5	7	95 / 96	100 / 100	84 / 91				19		
Иордания	30	67,7 / 71,8	150	94 / 95	84 / 91	52 / 54	7 / 21	100	95	49	35	27
Кувейт	14	74,1 / 78,2	29	60 / 60	90 / 90	55 / 55	18 / 25			41	35	32
Ливан	29	68,1 / 71,7	300	120 / 116		71 / 76	5 / 10	91		32	53	23
Оман	25	68,9 / 73,3	190	90 / 83	93 / 88	59 / 52				122	9	8
Саудовская Аравия	23	69,9 / 73,4	130	78 / 73	87 / 89	54 / 43	29 / 50			124		
Сирийская Арабская Республика	33	66,7 / 71,2	180	112 / 101		54 / 43	14 / 44	78		57	36	28
Турция (8)	44	66,5 / 71,7	180	107 / 98	96 / 95	74 / 48	8 / 28	99	95	59	63	35
Объединенные Арабские Эмираты	15	73,9 / 76,5	26	111 / 109	94 / 95	78 / 89	21 / 20			79		
Йемен	80	57,4 / 58,4	1400		71 / 55			60	27	102	7	6
Европа	12	68,3 / 77,0								28	72	45
Восточная Европа	17	61,8 / 73,0								42		
Болгария	16	67,8 / 74,9	27	90 / 88	84 / 78	68 / 72				60	76	8
Чешская Республика	9	69,8 / 76,0	15	99 / 99	93 / 93	86 / 90				42	69	45
Венгрия	14	64,5 / 73,8	30	95 / 95	92 / 94	79 / 82	1 / 1			35	73	64
Польша	13	66,7 / 75,7	19	99 / 97		81 / 85	0 / 0			28	75	26
Румыния	24	66,0 / 73,2	130	87 / 86	95 / 93	83 / 82	1 / 3			47	57	15
Словакия	12	67,0 / 75,8		101 / 101		86 / 90				43	74	41
Северная Европа (9)	6	73,5 / 79,4								26		
Дания	7	73,0 / 78,3	9	97 / 98	99 / 99	112 / 115				9	78	72
Эстония	12	63,9 / 75,0	41	86 / 85		90 / 95	0 / 0			33	70	56
Финляндия	5	73,0 / 80,1	11	100 / 100	99 / 99	106 / 127				11	80	78
Ирландия	6	74,0 / 79,4	10	103 / 103	98 / 99	101 / 110				15		
Латвия	16	62,5 / 74,3	40	86 / 84		84 / 90	0 / 0			35		
Литва	13	64,9 / 76,0	36	95 / 90		76 / 79	0 / 1			26		
Норвегия	5	74,8 / 80,6	6	100 / 100		114 / 111				16	76	72
Швеция	5	76,2 / 80,8	7	101 / 101	100 / 100	96 / 97				12	78	71
Соединенное Королевство	6	74,5 / 79,8	9	103 / 104		88 / 92				32	82	
Южная Европа (10)	10	73,6 / 80,1								15		
Албания	32	68,0 / 74,0	65	95 / 97		84 / 72				14		
Босния и Герцеговина	13	70,5 / 75,9								31		
Хорватия	10	68,1 / 76,5		86 / 85		73 / 81				32		
Греция	8	75,5 / 80,6	10	97 / 98	97 / 98	100 / 98	2 / 5			18		
Италия	7	75,1 / 81,4	12	98 / 101	100 / 100	81 / 81	1 / 2			8	78	32
Македония (бывшая югославская Республика)	23	70,3 / 74,7		89 / 88		53 / 55				44		
Португалия	8	71,8 / 78,9	15	122 / 118			8 / 13			22	66	33
Словения	7	69,2 / 77,8	13	96 / 96		88 / 91				28		
Испания	7	74,5 / 81,5	7	105 / 105	97 / 97	105 / 115	2 / 4			10	59	38
Югославия	19	69,8 / 75,3		71 / 73		64 / 65				41	55	12

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья				
	Младенческая смертность	Продолжительность жизни	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого)	Дети, посещающие последний класс начальной школы (%)	Число детей, принятых в среднюю школу (итого)	Число грамотных (%) (старше 15 лет)	Доступ к противозачаточным средствам: информация о методе (%)	Информация об источниках (%)	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы	Современные методы
	Итого	М / Ж		М / Ж	М / Ж	М / Ж	М / Ж				Любой метод	
Западная Европа (11)	6	74,0 / 80,9								11		
Австрия	6	73,7 / 80,1	10	104 / 104		110 / 104				22	71	56
Бельгия	7	73,9 / 80,6	10	99 / 100	76 / 80	103 / 104				9	79	75
Франция	7	74,6 / 82,9	15	107 / 105		100 / 104				9	77	70
Германия	6	73,4 / 79,9	22	97 / 98	98 / 98	102 / 100				13	75	72
Нидерланды	6	75,0 / 80,6	12	96 / 99		126 / 120				7	78	76
Швейцария	5	75,3 / 81,8	6	101 / 103	100 / 100	94 / 89				5	71	65
Латинская Америка и Карибский бассейн	35	66,4 / 72,9								78	60	49
Карибский бассейн (12)	40	67,0 / 71,4								72		
Куба	9	74,2 / 78,0	95	103 / 102		77 / 87	4 / 5	100		67	70	67
Доминиканская Республика	34	68,9 / 73,1	110	95 / 99		30 / 43	18 / 18	100	96	91	56	52
Гаити	82	52,8 / 56,0	1000	58 / 54	40 / 38	22 / 21	52 / 58	81	66	54	18	14
Ямайка	12	72,4 / 76,8	120	109 / 108	82 / 88	62 / 70	19 / 11	99		95	62	58
Пуэрто-Рико	9	72,5 / 80,5								73	64	58
Тринидад и Тобаго	14	71,5 / 76,2	90	95 / 95	91 / 82	77 / 80	1 / 3	97	96	60	53	44
Центральная Америка	33	68,8 / 74,6								87		
Белиз	30	73,4 / 76,1		111 / 107		46 / 48		95		117	47	42
Коста-Рика	12	74,5 / 79,2	60	103 / 102		42 / 45	5 / 5	100	99	93	75	65
Сальвадор	39	66,5 / 72,5	300	78 / 79	24 / 23	25 / 28	27 / 30	98		105	53	48
Гватемала	40	64,7 / 69,8	200	89 / 78		25 / 23	38 / 51	70	64	123	32	27
Гондурас	35	67,5 / 72,3	220	111 / 112	30 / 23	29 / 37	27 / 27	95		127	47	35
Мексика	31	69,5 / 75,5	110	114 / 111		56 / 56	8 / 13	91	72	77	53	45
Никарагуа	44	65,8 / 70,6	160	101 / 105		39 / 44	35 / 33	97		149	49	45
Панама	21	71,8 / 76,4	55	108 / 104	76 / 82	60 / 65	9 / 10	95		91	64	58
Южная Америка (13)	36	65,6 / 72,6								75		
Аргентина	22	69,6 / 76,8	100	108 / 107		70 / 75	4 / 4			70		
Боливия	66	59,8 / 63,2	650	99 / 90	47 / 41	40 / 34	10 / 24	73	66	82	45	18
Бразилия	42	63,4 / 71,2	220				17 / 17	100	95	73	66	57
Чили	13	72,3 / 78,3	65	99 / 98	73 / 80	67 / 72	5 / 5			56		
Колумбия	24	68,2 / 73,7	100	116 / 117	53 / 59	56 / 67	9 / 9	98	94	80	72	59
Эквадор	46	67,3 / 72,5	150	124 / 122	63 / 65	54 / 56	8 / 12	89	88	79	57	46
Парагвай	39	67,5 / 72,0	160	111 / 108	57 / 60	34 / 35	7 / 9	98	90	87	56	41
Перу	45	65,9 / 70,9	280				6 / 17	96	89	63	59	33
Уругвай	17	69,6 / 76,1	85	108 / 107	91 / 94		3 / 2			60		
Венесуэла	21	70,0 / 75,7	120	95 / 97		29 / 41	8 / 10	98	68	101	49	38
Северная Америка (14)	7	73,6 / 80,3								59	71	67
Канада	6	76,1 / 81,8	6	106 / 104	96 / 96	104 / 103				26	73	70
Соединенные Штаты Америки	7	73,4 / 80,1	12	107 / 106	89 / 87	98 / 97				63	71	67
Океания	24	71,5 / 76,4								28		
Австралия-Новая Зеландия	6	75,3 / 80,9								24		
Австралия (15)	6	75,4 / 81,2	9	108 / 108	99 / 100	83 / 86				22	76	72
Меланезия (16)	53	60,0 / 62,2								34		
Новая Каледония	18	70,9 / 75,9								53		
Новая Зеландия	7	74,7 / 79,7	25	103 / 101	96 / 97	95 / 95				34	70	62
Папуа-Новая Гвинея	61	57,2 / 58,7	930	80 / 67		15 / 10	19 / 37			23		
Бануату	38	65,5 / 69,5		105 / 107		23 / 18				75		
Страны с переходной экономикой, входившие в состав бывшего СССР (17)												
Армения	25	67,2 / 74,0	50	87 / 93		80 / 90	0 / 1			52		
Азербайджан	33	66,5 / 74,5	22	87 / 86		92 / 93	0 / 1			22		
Беларусь	15	64,4 / 74,8	37	96 / 96		88 / 95	0 / 1			28	50	42
Грузия	23	68,5 / 76,7	33				0 / 1			51		
Казахстан	34	62,8 / 72,5	80	86 / 86		89 / 91	0 / 1			35	59	47
Кыргызстан	39	63,4 / 71,9	110				0 / 1			45		
Республика Молдова	26	63,5 / 71,5	60	78 / 78		69 / 72				39		
Российская Федерация	19	58,0 / 71,5	75	109 / 109		86 / 93	0 / 1			45	21	13
Таджикистан	56	64,2 / 70,2	130	87 / 84		101 / 104	0 / 0			36		
Туркменистан	57	61,2 / 68,0	55				0 / 0			22		
Украина	18	63,6 / 74,0	50	91 / 90		84 / 94				43		
Узбекистан	43	64,3 / 70,7	55	80 / 79		96 / 92	0 / 0			39		

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (1997 г.)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2025 г.)	Средние темпы роста населения (%) (1995-2000 г.)	Доля городского населения (%) (1995 г.)	Темпы роста городского населения (%) (1995-2000 г.)	Население на пахотных землях	Общий показатель фертильности (период)	Доступ к базовому обслуживанию (%)	Роды с помощью квалифицированных акушеров (%)	ВВП на душу населения (1995 г.)	Расходы центрального правительства (Образ. Здравоохран.)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Итого в мире	5848,7	8039,1	1,4	45	2,5		2,79		57			(776 624)	82 / 81		
Более развитые регионы (*)	1178,4	1220,3	0,3	75	0,7		1,59		99				15 / 11		
Менее развитые регионы (+)	4670,3	6818,9	1,7	38	3,3		3,08		53				90 / 90		
Наименее развитые страны (§)	610,5	1159,3	2,6	22	5,2		5,25						162 / 150		
Африка (1)	758,4	1,453,9	2,6	34	4,3		5,31		42			161 500	152 / 138		
Восточная Африка	234,3	480,2	2,9	22	5,3		6,05		34				172 / 156		
Бурунди	6,4	12,3	2,8	8	6,4	5,7	6,28	80	24	170		3 984	198 / 178	24	52
Эритрея	3,4	6,5	3,7	17	4,7	6,2	5,34		6			209	165 / 148		
Эфиопия	60,1	136,3	3,2	13	5,1	4,4	7,00	46	8	90	9,9	3,0	9 269	196 / 176	23
Кения	28,4	50,2	2,2	28	5,6	5,4	4,85	77	45	340	20,1	5,4	16 909	107 / 102	99
Мадагаскар	15,8	34,5	3,1	27	5,6	4,3	5,65	65	57	230	17,2	6,6	6 471	123 / 109	34
Малави	10,1	20,4	2,5	14	4,6	5,6	6,69	80	55	150	10,4	7,8	2 376	234 / 227	35
Маврикий (2)	1,1	1,5	1,1	41	1,6	1,5	2,28	100	97	3 470	14,6	8,1	616	22 / 19	391
Мозамбик	18,3	35,4	2,5	34	7,1	4,3	6,06	39	30	90			2 744	192 / 171	43
Руанда	5,9	13,0	7,9	6	4,7	8,3	6,00	80	26	180			3 904	240 / 225	27
Сомали	10,2	23,7	3,9	26	4,7	6,8	7,00	27	2				312	200 / 178	7
Уганда	20,8	45,0	2,6	13	5,4	3,4	7,10	49	38	300			9 270	203 / 185	23
Объединенная Республика Танзания	31,5	62,4	2,3	24	5,7	7,9	5,48	80	44	120			8 336	143 / 127	35
Замбия	8,5	16,2	2,5	43	3,3	1,3	5,49	75	51	450	6,2	5,3	3 707	156 / 150	146
Зимбабве	11,7	19,3	2,1	32	4,4	2,7	4,68	85	69	590	15,7	5,1	4 349	122 / 108	471
Центральная Африка (3)	88,1	187,5	2,7	33	4,5		6,01		42				158 / 140		
Ангола	11,6	25,5	3,3	32	5,6	2,6	6,69	30	17	570			1 281	205 / 183	96
Камерун	13,9	28,5	2,7	45	4,7	1,5	5,30	70	58	600	15,3	4,3	3 098	122 / 111	87
Центральноафриканская Республика	3,4	6,0	2,1	39	3,5	1,3	4,95	45	46	340			1 721	172 / 140	29
Чад	6,7	12,6	2,8	21	4,1	1,6	5,51	30	15	180			1 501	191 / 171	16
Конго	2,7	5,7	2,8	59	4,2	7,9	5,87	83	50	820			1 108	154 / 122	165
Габон	1,1	2,1	2,8	50	4,2	2,0	5,40	90	90	4 360			260	146 / 129	953
Заир	48,0	105,9	2,6	29	4,3	3,9	6,24	26					453	151 / 133	48
Северная Африка (4)	164,7	256,7	2,0	46	3,1		3,67		63				91 / 82		
Алжир	29,5	47,3	2,3	56	3,5	0,9	3,81	98	77	1 480			1 503	66 / 60	955
Египет	64,5	95,8	1,9	45	2,6	6,8	3,40	99	46	820	13,4	2,8	12 730	84 / 77	576
Ливийская Арабская Джамахирия	5,8	12,9	3,3	86	3,9	0,2	5,92		76				21	98 / 89	1 883
Марокко	27,5	39,9	1,8	48	2,9	1,3	3,10	70	40	1 220	18,2	3,0	8 475	85 / 76	299
Судан	27,9	46,9	2,2	25	4,7	1,5	4,61	70	86				2 597	139 / 123	68
Тунис	9,3	13,5	1,8	57	2,6	0,7	2,92	90	90	2 010	17,5	6,6	3 268	58 / 55	576
Южная часть Африки	49,5	82,9	2,2	48	3,3		3,92		79				94 / 80		
Ботсвана	1,5	2,6	2,2	28	6,3	1,4	4,45	89	77	2 980	21,0	4,7	1 212	97 / 86	388
Лесото	2,1	4,0	2,5	23	5,8	2,5	4,86	80	50	520	21,9	11,5	2 467	109 / 101	52
Намибия	1,6	3,0	2,4	37	5,3	1,0	4,90	62	68	1 960	22,2	9,7	1 156	109 / 102	57
Южная Африка	43,3	71,6	2,2	51	3,0	0,4	3,81		82	3 280			169	92 / 77	2 399
Западная Африка (5)	221,8	446,6	2,8	37	4,9		5,95		34				172 / 157		
Бенин	5,7	12,3	2,8	31	4,6	2,2	5,83	18	38	380			1 663	142 / 116	20
Буркина-Фасо	11,1	23,5	2,8	27	8,9	2,6	6,57	90	43	220			3 409	176 / 166	16
Кот-д'Ивуар	14,3	24,4	2,0	44	4,7	3,3	5,10	30	45	720			5 292	134 / 119	109
Гана	18,3	36,3	2,8	36	4,4	3,5	5,28	60	44	370	25,7	9,0	6 631	127 / 110	96
Гвинея	7,6	15,3	1,4	30	5,5	9,1	6,61	80	31	560			3 593	214 / 209	66
Гвинея-Бисау	1,1	1,9	2,0	22	4,6	3,0	5,42	40		240	2,7	1,4	574	222 / 198	37
Либерия	2,5	6,6	8,6	45	4,5	16,0	6,33	39	58		11,0	5,1	428	334 / 330	38
Мали	11,5	24,6	3,0	27	5,4	3,5	6,60	30	24	250	9,0	2,1	6 485	210 / 187	20
Мавритания	2,4	4,4	2,5	54	4,3	5,4	5,03	63	40	470			760	161 / 143	105
Нигер	9,8	22,4	3,3	17	5,8	2,2	7,10	32	15	210			5 504	207 / 184	38
Нигерия	118,4	238,4	2,8	39	4,8	1,4	5,97	66	31	240			12 899	165 / 151	141
Сенегал	8,8	16,9	2,7	42	4,0	2,6	5,62	40	47	570			3 787	172 / 163	115
Сьерра-Леоне	4,4	8,2	3,0	36	4,4	6,1	6,06	38	25	200	2,1	1,5	1 094	296 / 266	72
Того	4,3	8,8	2,7	31	4,8	1,2	6,08	61	32	310			959	147 / 130	47
Азия	3 538,5	4 784,8	1,4	35	3,2		2,65		53			165 574	75 / 80		
Восточная Азия	1 447,2	1 695,5	0,9	37	2,9		1,78		86				40 / 47		
Китай	1 243,7	1 480,4	0,9	30	3,6	9,3	1,80	92	85	580			13 694	43 / 51	632
Корейская Народно-Демократическая Республика	22,8	30,0	1,6	61	2,3	4,8	2,10		100				1 079	31 / 29	1 701
Гонконг	6,2	6,5	0,8	95	0,5	8,3	1,32	99	100	23 210				7 / 6	2 278
Япония	125,6	121,3	0,2	78	0,4	1,7	1,48		100	40 800			(83 227)	6 / 5	3 642
Монголия	2,6	4,1	2,1	61	2,9	0,5	3,27	95	97	350			1 062	74 / 77	1 089
Республика Корея	45,7	52,5	0,9	81	2,1	3,0	1,65	100	95	10 160	16,2	1,2	1 237	15 / 15	2 863

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (1997 г.)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2025 г.)	Средние темпы роста населения (%) (1995-2000 г.)	Доля городского населения (%) (1995 г.)	Темпы роста городского населения (%) (1995-2000 г.)	Население на пахотной земле	Общий показатель фертильности (период)	Доступ к базовому обслуживанию (%)	Роды с помощью квалифицированного акушера (%)	ВВП на душу населения (1995 г.)	Расходы центрального правительства Образ.	Здравоохран.	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет /м /д	Потребление энергии из душу населения	Доступ к чистой воде
Юго-Восточная Азия	498,0	691,9	1,6	34	3,7		2,86		53					74 / 65		
Камбоджа	10,5	17,0	2,2	21	5,6	1,9	4,50	53	21	280			27	158 / 141	52	
Индонезия	203,5	275,2	1,5	35	4,1	5,6	2,63	80	36	1 020	9,8	2,8	13 442	78 / 65	330	62
Лаосская Народно-Демократическая Республика	5,2	10,2	3,1	22	5,7	4,2	6,69	67	30	360			300	172 / 150	39	39
Малайзия	21,0	31,6	2,0	54	3,4	2,4	3,24		98	4 240	19,6	5,9	1 333	27 / 23	1 545	
Мьянма	46,8	67,6	1,8	26	3,7	3,5	3,30	60	52		17,4	6,8	1 201	112 / 98	39	38
Филиппины	70,7	105,2	2,0	54	3,7	5,1	3,62	76	53	1 080	15,0	4,1	15 901	59 / 48	328	85
Сингапур	3,4	4,2	1,5	100	0,8	7,0	1,79	100	100	28 020	22,9	6,2	125	7 / 6	5 563	
Таиланд	59,2	69,1	0,8	20	2,8	1,9	1,74	90	71	2 870	21,1	8,1	4 342	40 / 38	673	
Вьетнам	76,5	110,1	1,8	21	3,5	8,6	2,97	90	79	280			6 000	61 / 67	77	36
Южная часть Центральной Азии	1 417,9	2 100,0	1,8	29	3,4		3,42		34					98 / 107		
Афганистан	22,1	45,3	5,3	20	7,7	1,7	6,90	29	8				206	261 / 255	145	12
Бангладеш	122,0	180,0	1,6	18	5,2	7,8	3,14	45	14	240	11,2	4,8	39 575	103 / 109	59	97
Бутан	0,1	3,6	2,8	6	6,3	13,2	5,89	65	12	440	10,7	4,8	231	171 / 149	33	58
Индия	960,2	1 330,2	1,6	27	3,0	3,2	3,07	85	35	350	2,1	1,6	21 884	93 / 108	243	81
Иран (Исламская Республика)	71,5	128,3	2,2	59	3,0	1,4	4,77	80	74		11,9	4,2	2 087	67 / 75	1 235	83
Непал	22,6	40,6	2,5	14	6,5	8,6	4,95		8	200	10,9	4,7	6 726	122 / 137	22	44
Пакистан	143,8	268,9	2,7	35	4,6	3,4	5,02	55	18	470	1,6	1,0	15 028	117 / 113	226	60
Шри-Ланка	18,3	23,9	1,0	22	2,8	9,4	2,10	93	94	710	10,1	4,8	1 888	21 / 21	110	46
Западная Азия (7)	175,3	297,4	2,2	66	3,4		3,82		68				52 510	79 / 71		
Ирак	21,2	41,6	2,8	75	3,7	0,4	5,25	93	54				138	146 / 140	1 103	44
Израиль	5,8	8,0	1,9	91	1,6	0,5	2,75		99	16 660	11,1	4,4	103	11 / 10	2 607	
Иордания	5,8	11,9	3,3	71	4,1	2,4	5,13	97	87		12,9	5,2	1 591	51 / 40	922	89
Кувейт	1,7	2,9	3,0	97	3,4	4,0	2,77	100	99	16 020	13,7	6,0	243	23 / 17	4 217	
Ливан	3,1	4,4	1,8	87	2,3	0,6	2,75	95	45	2 780			568	47 / 36	727	100
Оман	2,4	6,5	4,2	13	7,4	55,3	7,20	96	92	5 510	11,0	5,7	351	43 / 31	2 408	63
Саудовская Аравия	19,5	42,4	3,4	80	3,9	0,7	5,90	97	90	6 610			30	38 / 32	4 552	
Сирийская Арабская Республика	15,0	26,3	2,5	52	4,3	1,0	4,00	90	67	1 190	8,6	1,9	2 334	51 / 39	798	85
Турция (8)	62,8	85,8	1,6	69	3,5	1,2	2,50		76	2 700	20,0	3,5	8 959	77 / 65	983	
Объединенные Арабские Эмираты	2,3	3,3	2,0	84	2,5	5,8	3,46	99	96	15 900	15,0	6,9	395	24 / 18	16 878	
Йемен	16,3	39,6	3,7	34	5,9	5,6	7,60	38	16	310			1 975	129 / 128	285	
Европа	729,2	701,1	0,0	74	0,5		1,45		98				4 975	19 / 13		
Восточная Европа	309,2	284,2	-0,3	70	0,5		1,41							27 / 19		
Болгария	8,4	7,5	-0,5	71	0,3	0,2	1,45		100	1 470	2,7	2,1	111	20 / 14	1 954	
Чешская Республика	10,2	9,6	-0,1	65	0,4	0,4	1,40		99	4 330			69	15 / 5		
Венгрия	10,0	8,7	-0,6	65	0,4	0,3	1,40		99	4 270	3,3	7,9	63	19 / 14	2 385	
Польша	38,6	40,0	0,1	65	0,9	0,6	1,65		99	3 050			72	20 / 14	2 390	
Румыния	22,6	21,1	-0,2	55	0,6	0,4	1,40		99	1 570	10,0	9,2	587	32 / 24	1 785	
Словакия	5,4	5,5	0,1	59	1,2	0,4	1,50			3 240			62	16 / 12		
Северная Европа (9)	93,6	95,6	0,1	84	0,4		1,73							10 / 8		
Дания	5,2	5,3	0,2	85	0,2	0,1	1,82		100	32 990	9,3	1,0	(29 473)	10 / 7	3 861	
Эстония	1,5	1,3	-1,0	73	-0,1	0,2	1,30			2 880			57	20 / 13		
Финляндия	5,1	5,3	0,3	63	1,0	0,2	1,83		100	24 550	13,9	3,2	(8 781)	7 / 6	5 635	
Ирландия	3,6	3,7	0,2	58	0,8	0,3	1,80			16 950	12,2	13,0		8 / 6	3 016	
Латвия	2,5	2,1	-1,1	73	-0,2	0,2	1,40			2 260				24 / 15	1 717	
Литва	3,7	3,5	-0,3	72	0,7	0,3	1,50			1 910			5	18 / 13	2 596	
Норвегия	4,4	4,7	0,4	73	0,7	0,3	1,88		100	33 520	9,4	10,3	(42 852)	7 / 6	5 096	
Швеция	8,8	9,5	0,3	83	0,5	0,1	1,80		100	25 900	9,3	0,8	(37 005)	7 / 6	5 385	
Соединенное Королевство	58,2	59,5	0,1	89	0,4	0,2	1,72		98	18 890	13,2	13,8	(47 177)	9 / 7	3 718	
Южная Европа (10)	143,9	137,2	0,2	65	0,6		1,34							16 / 13		
Албания	3,4	4,3	0,6	37	2,2	2,9	2,60		99	670			897	50 / 47	455	
Босния и Герцеговина	3,8	4,3	3,9	49	6,1	0,5	1,40						332	22 / 16		
Хорватия	4,5	4,2	-0,1	64	0,9	0,5	1,60			3 780				21 / 13	1 109	
Греция	10,5	10,1	0,3	65	1,0	0,8	1,38		99	8 650			42	10 / 10	2 160	
Италия	57,2	51,7	0,0	67	0,2	0,4	1,19		100	19 000	5,5	7,5	(17 547)	10 / 8	2 697	
Македония (бывшая югославская Республика)	2,2	2,5	0,7	60	1,5	0,6	1,90		93	930				46 / 37		
Португалия	9,8	9,4	-0,1	36	1,4	0,7	1,48		98	10 310	12,0	8,0	68	14 / 10	1 781	
Словения	1,9	1,7	-0,1	64	1,2	0,3	1,30		100	9 310			13	14 / 8	1 531	
Испания	39,7	37,5	0,1	76	0,4	0,2	1,22		96	14 250	5,3	7,0	(578)	10 / 9	2 373	
Югославия	10,4	10,7	0,5	57	0,9	0,7	1,80						23	31 / 25	2 353	
Западная Европа (11)	182,5	184,1	0,3	81	0,4		1,46							9 / 7		
Австрия	8,2	8,3	0,6	56	0,7	0,3	1,42		100	28 980	9,4	13,0	(803)	10 / 7	3 277	
Бельгия	10,2	10,3	0,3	97	0,3	0,4 ¹⁸	1,62		100	26 520	10,2	1,4	(2 281)	9 / 6	4 989	

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (1997 г.)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2025 г.)	Средние темпы роста населения (%) (1995-2000 г.)	Доля городского населения (%) (1995 г.)	Темпы роста городского населения (%) (1995-2000 г.)	Население на пахотных землях (млн./га)	Общий показатель фертильности (период)	Доступ к базовому обслуживанию (%)	Роль с помощью квалифицированных акушеров (%)	ВВП на душу населения (1995 г.)	Расходы центрального правительства (Образ. Здравоо.)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Франция	58,5	60,4	0,3	73	0,5	0,1	1,63		99	26 460	6,1 14,1	(13 422)	9 / 7	4 031	
Германия	82,2	80,9	0,3	87	0,3	0,2	1,30		100	29 510	0,5 13,8	(50 657) ¹⁹	8 / 6	4 170	
Нидерланды	15,7	16,1	0,5	89	0,6	0,7	1,55		100	25 610	10,8 13,9	(37 490)	10 / 8	4 533	
Швейцария	7,3	7,6	0,7	61	1,3	0,8	1,46			42 690		(6 146)	8 / 7	3 491	
Латинская Америка и Карибский бассейн	491,9	689,6	1,5	74	2,3		2,65		75			111 310	51 / 41		
Карибский бассейн (12)	36,5	48,2	1,1	62	2,0		2,59		71				61 / 48		
Куба	11,1	11,8	0,4	76	1,2	0,7	1,55	98	99			1 476	14 / 10	839	93
Доминиканская Республика	8,1	11,2	1,7	65	2,7	1,6	2,80	80	90	1 440	10,2 14,0	3 486	58 / 46	47	71
Гаити	7,4	12,5	1,9	32	4,1	7,8	4,60	50	20	290		2 340	130 / 104	2 018	28
Ямайка	2,5	3,4	0,9	54	1,7	4,1	2,44	90	92	1 750		1 691	29 / 19	1 096	
Пуэрто-Рико	3,8	4,7	0,9	73	1,4	3,7	2,10		99			139	17 / 10	2 018	
Тринидад и Тобаго	1,3	1,7	0,8	72	1,8	1,6	2,10	100	98	4 030			22 / 14	4 696	
Центральная Америка	128,3	189,1	1,9	68	2,6		3,04		65				50 / 42		
Белиз	0,2	0,4	2,5	47	2,6		3,66		77	2 680	16,8 6,6	187	41 / 41	426	89
Коста-Рика	3,6	5,6	2,1	50	3,2	2,8	2,95	80	97	2 720	19,1 32,0	2 359	18 / 14	558	92
Сальвадор	5,9	9,2	2,2	45	2,9	3,4	3,09	40	87	1 680	12,8 7,3	4 486	61 / 48	222	55
Гватемала	11,2	21,7	2,8	41	4,1	3,9	4,90	34	35	1 360		7 326	80 / 72	159	
Гондурас	6,0	10,7	2,8	44	4,3	1,2	4,30	64	47	660		4 215	63 / 51	180	65
Мексика	94,3	130,2	1,6	75	2,4	1,0	2,75	78	69	2 720	13,9 1,9	14 490	43 / 37	1 439	83
Никарагуа	4,4	7,6	2,6	63	4,0	0,9	3,85	83	61	440		2 462	73 / 60	241	61
Панама	2,7	3,8	1,6	53	2,4	1,2	2,63	80	84	2 820	16,1 21,8	577	32 / 30	599	83
Южная Америка (13)	327,1	452,3	1,5	78	2,2		2,51		80				51 / 40		
Аргентина	33,7	47,2	1,3	88	1,5	0,2	2,62	71	96	8 110	9,9 3,0	573	30 / 24	1 351	
Боливия	7,8	13,1	2,3	61	3,8	1,5	4,36	67	46	830	16,6 8,2	3 591	102 / 93	310	55
Бразилия	163,1	216,6	1,2	78	2,3	0,7	2,17		73	4 320	3,7 6,9	7 786	56 / 43	666	72
Чили	14,6	19,5	1,4	84	1,6	0,6	2,44	97	98	4 730	13,3 11,1	1 807	18 / 15	911	85
Колумбия	37,1	52,7	1,7	73	2,2	2,2	2,69	80	85	2 070		4 600	40 / 31	661	76
Эквадор	11,9	17,8	2,0	58	3,1	2,1	3,10	88	64	1 560	18,2 11,0	2 759	67 / 55	561	70
Парагвай	5,1	9,4	2,6	53	3,8	0,8	4,17	63	66	1 650	12,7 4,3	1 517	58 / 46	214	
Перу	24,4	35,5	1,7	72	2,5	2,2	2,98	75	53	2 410		7 404	78 / 64	332	60
Уругвай	3,2	3,7	0,6	90	0,8	0,4	2,25	82	96	5 610	6,8 5,0	562	24 / 21	715	
Венесуэла	22,8	34,8	2,0	93	2,4	0,7	2,98		97	3 460		262	30 / 23	2 369	79
Северная Америка (14)	301,7	369,0	0,8	76	1,2		1,93		99				11 / 9		
Канада	29,9	36,4	0,9	77	1,2	0,0	1,61		100	19 220	2,9 5,2	(24 728)	8 / 7	7 821	
Соединенные Штаты Америки	271,6	332,5	0,8	76	1,2	0,0	1,96		99	26 420	1,8 16,0	(366 652)	12 / 9	7 918	
Океания	29,1	40,7	1,3	70	1,4		2,46		52				94 / 33		
Австралия-Новая Зеландия	21,9	28,8	1,1	85	1,2		1,91						10 / 7		
Австралия (15)	18,3	23,9	1,1	85	1,2	0,0	1,89		100	19 320	7,0 12,7	(6 347)	9 / 7	5 316	
Меланезия (16)	6,1	10,2	2,2	21	3,6		4,32						75 / 77		
Новая Каледония	0,2	0,3	1,5	62	2,2		2,53		98				31 / 19	3 398	
Новая Зеландия	3,6	4,9	1,1	86	1,3	0,2	2,02		95	15 850	13,9 12,1	(756)	12 / 9	4 299	
Папуа-Новая Гвинея	4,5	7,5	2,2	16	4,0	81,9	4,65	96	33	1 140	15,0 7,9	617	87 / 92	238	28
Вануату	0,2	0,3	2,5	19	3,9		4,36		79		14,8 7,6	159	64 / 51	280	
Страны с переходной экономикой, входившие в состав бывшего СССР (17)															
Армения	3,6	4,2	0,2	69	1,6	1,2	1,70		95	760		6	30 / 24	897	
Азербайджан	7,7	9,7	0,8	56	1,7	1,4	2,30		95	460			44 / 37	2 470	
Беларусь	10,3	9,6	-0,1	71	0,8	0,3	1,40		100	1 990			21 / 15	3 427	
Грузия	5,4	5,8	-0,1	58	1,1	1,7	1,90		95	430		298	28 / 21	891	
Казахстан	16,8	20,0	0,1	60	1,4	0,1	2,30		99	1 290		600	41 / 32	4 435	
Кыргызстан	4,5	6,0	0,4	39	2,4	1,0	3,21		95	680		365	51 / 41	965	
Республика Молдова	4,4	4,9	0,1	52	1,8	0,8	1,80			810			33 / 23	1 345	
Российская Федерация	147,7	131,4	-0,3	76	0,3	0,1	1,35			2 340		260	32 / 22	4 411	
Таджикистан	6,0	9,7	1,9	32	3,2	2,7	3,93		92	340		285	79 / 64	634	
Туркменистан	4,2	6,5	1,9	45	2,5	1,1	3,58		90	870		248	81 / 66	2 268	
Украина	51,4	46,0	-0,4	70	0,6	0,3	1,38		100	1 550			24 / 17	3 960	
Узбекистан	23,7	36,5	1,9	41	2,8	1,8	3,48		90	950		600	62 / 51	2 033	

Контроль за осуществлением целей МKNP: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования		Показатели репродуктивного здоровья		
	Младенческая смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Д	Число детей, принятых в среднюю школу (итого) М / Д	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Методы контрацепции Любой метод	Современные методы
Багамские Острова	14	70,5 / 77,1	100	100 / 103	95 / 95	52	62	60
Бахрейн	18	71,1 / 75,3	60	109 / 111	97 / 101	25	53	30
Барбадос	9	73,6 / 78,7	43	105 / 105	93 / 83	51	55	53
Бруней-Даруссалам	9	73,4 / 78,1	60	108 / 102	65 / 73	28		
Кабо-Верде	41	65,5 / 67,5		125 / 119	21 / 20	85		
Коморские Острова	82	57,0 / 58,0	950	81 / 69	21 / 17	142		
Кипр	7	75,4 / 79,8	5	101 / 102	96 / 101	31		
Джибути	106	48,7 / 52,0	570	39 / 30	13 / 10	31		
Восточный Тимор	135	46,6 / 48,4				47		
Экваториальная Гвинея	107	48,4 / 51,6	820			192		
Фиджи	20	70,6 / 74,9	90	128 / 127	64 / 65	46	41	35
Французская Полинезия	10	69,8 / 75,3				73		
Гамбия	122	45,4 / 48,7	1100	79 / 56	25 / 13	171	12	7
Гваделупа	8	72,1 / 78,8				33	44	31
Гуам	10	72,7 / 76,8				91		
Гайана	58	61,1 / 67,9				66	31	28
Исландия	5	77,4 / 81,2	0	102 / 98	105 / 101	25		
Люксембург	6	73,1 / 79,7	0	88 / 94		13		
Мальдивские Острова	49	65,7 / 63,3		132 / 128	44 / 44	71		
Мальта	8	74,6 / 79,1	0	109 / 106	91 / 84	13		
Мартиника	7	73,7 / 80,3				26	51	38
Микронезия (20)	35	67,2 / 70,9				65		
Нидерландские Антильские острова	10	73,4 / 79,3				35		
Полинезия (21)	32	68,7 / 73,3				50		
Катар	17	70,0 / 75,4		91 / 86	82 / 86	66	32	29
Реюньон	7	70,9 / 79,8				42	67	62
Самоа	58	67,5 / 71,1	35	106 / 107		22		
Соломоновы Острова	23	69,6 / 73,9		97 / 82	19 / 12	99		
Суринам	24	69,0 / 74,0		127 / 124		62		
Свазиленд	65	57,7 / 62,3	560	120 / 114	54 / 52	88	20	17

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (в тыс.) 1997 год	Прогнозируемая численность населения (в тыс.) 2025 год	Городское население (%) (1995 год)	Темпы роста городского населения (1995-2000 годы)	Общий показатель фертильности (период)	Доступ к основным услугам (%)	Роды с помощью квалифицированных акушеров (%)	ВНП на душу населения (1995 год)	Смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Багамские Острова	288	391	86,5	1,9	1,95		100	12,530	33 / 28	6,900	
Бахрейн	582	863	90,3	2,7	2,97		94	8,770	41 / 31	11,925	
Барбадос	262	296	47,4	1,7	1,73		98	6,550	14 / 11	1,381	
Бруней-Даруссалам	307	450	57,8	2,2	2,70		98	17,490	11 / 8	7,687	
Кабо-Верде	406	679	54,3	5,5	3,56				56 / 44	305	51
Коморские Острова	651	1,342	30,7	5,6	5,51		24	460	135 / 118	30	
Кипр	766	950	54,1	1,9	2,31		98		15 / 12	2,517	
Джибути	634	1,134	82,8	2,6	5,39		79	780	203 / 182	975	90
Восточный Тимор	843	1,200	7,5	1,7	4,32						
Экваториальная Гвинея	420	798	42,2	5,2	5,51		5	420	206 / 185	82	95
Фиджи	809	1,170	40,7	2,5	2,76		100	2,670	32 / 23	525	100
Французская Полинезия	227	337	56,4	2,2	2,85		98		31 / 22	1,439	
Гамбия	1,169	1,984	25,5	5,3	5,20	93	44	350	234 / 211	57	76
Гваделупа	437	573	99,4	1,6	2,10				16 / 13	627	
Гуам	156	218	38,2	2,4	3,04		100		14 / 11	9,471	
Гайана	847	1,114	36,2	2,9	2,32		93	710	69 / 55	349	61
Исландия	274	336	91,6	1,2	2,19		100	26,310	8 / 6	5,025	
Люксембург	417	466	89,1	1,4	1,76		100	40,330	12 / 9	9,879	
Мальдивские Острова	273	589	26,8	4,3	6,80		90	1,070	80 / 66	139	89
Мальта	371	424	89,3	0,9	2,10		98		13 / 10	2,107	
Мартиника	388	477	93,3	1,3	2,00				14 / 11	649	
Микронезия (20)	504	857	42,7	3,2	4,05				50 / 38		
Нидерландские Антильские острова	197	240	69,5	1,3	2,10		95		17 / 13	10,678	
Полинезия (21)	600	871	41,3	2,6	3,24						
Катар	569	782	91,4	2,1	3,77		97	11,860	36 / 26	18,196	
Реюньон	673	905	67,8	2,3	2,10		97		10 / 8	671	
Самоа	168	255	21,0	2,4	3,80		52				
Соломоновы Острова	404	844	17,1	6,3	4,98		85	950	62 / 49	164	
Суринам	437	605	50,4	2,5	2,39		91	820	51 / 39	1,877	
Свазиленд	906	1,675	31,2	5,7	4,46		56	1,190	169 / 156	283	43

Используемые в настоящем издании обозначения не подразумевают выражения какого бы то ни было мнения со стороны Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения относительно правового статуса любой страны, территории или района или их властей, а также делимитации их границ. Данные по малым странам или районам, численность населения которых в 1990 году в целом составляла 200 000 человек или менее, отдельно в данной таблице не приводятся. Они были включены в данные о населении их регионов.

- (*) Более развитые регионы включают Северную Америку, Японию, Европу и Австралию-Новую Зеландию.
- (+) Менее развитые регионы включают все районы Африки, Латинской Америки и Карибского бассейна, Азии (за исключением Японии), а также Меланезию, Микронезию и Полинезию.
- (I) Наименее развитые страны в соответствии со стандартным определением Организации Объединенных Наций.
- (1) Включая Британскую территорию в Индийском океане и Сейшельские острова.
- (2) Включая острова Агалега, Родригес и Сент-Брендон.
- (3) Включая Сан-Томе и Принсипи.
- (4) Включая Западную Сахару.
- (5) Включая острова Святой Елены, Вознесения и Тристан-да-Кунья.
- (6) Включая Макао.
- (7) Включая сектор Газа (Палестина).
- (8) Турция включена в Западную Азию по географическим причинам.
В соответствии с другими классификациями эта страна включается в состав Европы.
- (9) Включая Нормандские острова, Фарерские острова и остров Мэн.
- (10) Включая Андорру, Гибралтар, Святейший Престол и Сан-Марино.

- (11) Включая Лихтенштейн и Монако.
- (12) Включая Англию, Антигуа и Барбуду, Арубу, Британские Виргинские острова, Каймановы острова, Доминику, Гренаду, Монтсеррат, Нидерландские Антильские острова, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсию, Сент-Венсент и Гренадины, острова Тёркс и Кайкос и Виргинские острова Соединенных Штатов.
- (13) Включая Фолклендские (Мальвинские) острова и Французскую Гвиану.
- (14) Включая Бермуды, Гренландию и Сен-Пьер и Микелон.
- (15) Включая остров Рождества, Кокосовые (Килинг) острова и остров Норфолк.
- (16) Включая Новую Каледонию и Вануату.
- (17) Государства-преемники бывшего СССР сгруппированы по существующим регионам. Восточная Европа включает Беларусь, Республику Молдова, Российскую Федерацию и Украину. Западная Азия включает Армению, Азербайджан и Грузию. Южноцентральная Азия включает Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан.
- (18) В этот показатель включен Люксембург.
- (19) Более поздние доклады свидетельствуют о том, что этот показатель мог бы быть более высоким. В будущих публикациях будет отражена оценка этой информации.
- (20) Включая Федеративные Штаты Микронезии, Гуам, Кирибати, Маршалловы Острова, Науру, северную часть Марианских островов, Тихоокеанские острова (Палау) и остров Уэйк.
- (21) Включая Американское Самоа, острова Кука, остров Джонстон, Питкэрн, Самоа, Токелау, Тонга, острова Мидуэй, Тувалу и острова Уоллес и Футуна.

Технические примечания

В статистических таблицах, содержащихся в докладе «Народонаселение мира» за этот год, вновь особое внимание уделяется показателям, которые могут способствовать оценке прогресса в достижении количественных и качественных целей, поставленных на Международной конференции по народонаселению и развитию в областях, касающихся сокращения коэффициентов смертности, доступа к образованию и доступа к услугам в области репродуктивного здоровья (включая планирование семьи). В будущих докладах будет приведена информация о различных практических показателях, которые будут к тому времени разработаны, поскольку деятельность по выполнению решений МКНР приводит к совершенствованию систем контроля. Совершенствование контроля за финансовыми взносами правительств, неправительственных организаций и частного сектора должно также позволить представлять в будущем более полную информацию об объеме расходов и мобилизации ресурсов для деятельности по выполнению решений МКНР. Ниже в разбивке по категориям приводится информация об источниках, в которых говорится о соответствующих показателях, и о причинах их выбора.

Контроль за достижением целей МКНР

Показатели смертности

Детская смертность и предполагаемая продолжительность жизни при рождении среди мужчин и женщин: Источник: United Nations Population Division. 1996 (Draft). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. New York: United Nations. Эти показатели представляют собой оценки уровней смертности (за период 1995-2000 годов) в течение первого года жизни (который имеет наиболее решающее значение для развития ребенка) и в течение всего периода жизни, соответственно.

Коэффициент материнской смертности: Источник: UNICEF/World Health Organization. 1996. *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF*. Этот показатель представляет собой число смертей среди женщин в расчете на 100 000 живорождений в результате беременности, родов или связанных с этим осложнений. Конкретные данные получить сложно, однако информация об относительных масштабах дает достаточное представление. Оценки на уровне ниже 50 не округляются; оценки в диапазоне 50-100 округляются до 5; в диапазоне 100-1000 - до 10; и в диапазоне выше 1000 - до 100. Ряд оценок материнской смертности за период около 1990 года отличаются

ся от официальных правительственных данных, представленных странами. По мере возможности при подготовке оценок используются представленные данные и прилагаются усилия по улучшению сопоставимости информации, получаемой из различных источников. Они проверяются ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, и другими научными учреждениями и будут при необходимости пересматриваться в рамках текущего процесса совершенствования данных о материнской смертности.

Показатели образования

Доля мальчиков и девочек, обучающихся в начальной школе, доля мальчиков и девочек, обучающихся в средней школе, неграмотность среди взрослых мужчин и женщин: UNESCO. 1995. World Education Report 1995. Paris: UNESCO. Общая доля принятых в учебные заведения отражает количество учащихся, принятых в учебные заведения определенного уровня, на 100 человек в соответствующей возрастной группе. Не делается корректировка на лиц старше соответствующего возрастного уровня, которые начали обучение в более позднем возрасте, прервали учебу или же повторили учебный курс. Показатели неграмотности в различных странах неодинаковы; используются три широко принятых определения. Насколько это возможно, представлены данные о лицах, которые не могут читать и написать простые предложения. Неграмотность среди взрослых (показатель неграмотности лиц в возрасте старше 15 лет) отражает последние показатели приема в учебные заведения и учебные достижения в последние годы.

Доля лиц, заканчивающих последний класс начальной школы: Источники: UNESCO. 1993. Trends and projections of enrollment by Level of Education and by Age, 1960-2025 (as assessed in 1993). Paris: UNESCO; and UNESCO. 1993. World Education Report 1993, Paris: UNESCO.

Показатели репродуктивного здоровья

Доступ к противозачаточным средствам/информация о противозачаточных средствах: Источники: United Nations Population Division. 1996 (Draft). World Population Monitoring 1996. New York: United Nations. Эти показатели, разработанные на основе докладов о выборочных обследованиях, определяют долю женщин, имеющих информацию об одном из методов планирования семьи и знающих источник, где можно получить противозачаточные средства. Все методы контрацепции (медицинские, механические, естественные и традиционные) включены в первый показатель; источник информации в большей мере касается медицинских и механических способов контрацепции и современных периодических методов воздержания. В целом эти показатели сопоставимы (хотя и не полностью) в различных странах вследствие изменений численности обследованного населения по возрастным группам (чаще всего женщин в возрасте 15-49 лет) и семейному положению (например, женщины, являющиеся замужними в настоящий момент, или же женщины, которые когда-либо были замужем; или все женщины), а также по времени проведения обследования. Основная часть информации была собрана в период 1987-1994 годов.

Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет: Источники: United Nations Population Division. 1996 (Draft). World Population Prospects: The 1996 Revision. New York: United Nations. Этот показатель неполностью отражает фертильность женщин в молодые годы. Так как он отражает среднее число рождений, приходящихся на одну женщину в год, для приблизительного определения числа рождений на 1000 молодых женщин в возрасте до 20 лет можно умножить его на пять. Однако этот показатель не будет охватывать полностью все беременности женщин в возрасте до 20 лет, поскольку в знаменателе включены лишь живорождения. В показатель не включены мертворождения и самопроизвольные и искусственные аборты.

Методы контрацепции: Источники: United Nations Population Division. 1996. World Population Monitoring 1996 (Draft). New York: United Nations, и обновленные таблицы, предоставленные Отделом народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти данные получены из докладов о выборочных обследованиях; они отражают долю замужних женщин (включая женщин, не вступивших в брак официально), которые в настоящее время используют любой из методов или современный метод контрацепции. Современные или клинические методы включают в себя стерилизацию мужчин и женщин, внутриматочные противозачаточные средства, противозачаточные таблетки и уколы, гормональные имплантаты, презервативы и т.д. Эти показатели приблизительно, но не полностью сопоставимы в различных странах из-за изменений численности обследованного населения по возрастным группам (чаще всего женщин в возрасте 15-49 лет; чуть более, чем половина базы данных), а также изменений периодичности проведения обследований и характера вопросов. Все данные были собраны в 1975 году или в последующий период. Приводятся самые последние данные; почти 80 процентов данных отражают период 1987-1994 годов.

Демографические, социальные и экономические показатели

Общая численность населения в 1997 году, прогнозируемая численность населения в 2025 году, средние ежегодные темпы роста народонаселения в период 1995-2000 годов: Источники: United Nations Population Division. 1996. (Forthcoming.) World Population Prospects: The 1996 Revision. New York: United Nations. Эти показатели отражают численность, прогнозируемую будущую численность и ежегодный рост народонаселения в странах в настоящее время (1995-2000 годы).

Доля городского населения в процентах, темпы роста городского населения: Источники: United Nations Population Division. 1994. World Urbanization Prospects: The 1994 Revision. New York: United Nations. Эти показатели отражают долю населения страны, проживающего в городских районах, и темпы роста населения в городских районах, прогнозируемые на период 1995-2000 годов.

Численность населения в сельскохозяйственных районах на гектар пахотных земель: Источники: Food and Agriculture Organization, 1996, с использованием данных о населении в сельскохозяйственных районах на основе данных об общей численности населения, представленных Отделом народонаселения Организации Объединенных Наций 1994 год. World Population Prospects: The 1994 Revision. New York: United Nations. Этот показатель увязывает численность населения сельскохозяйственных районов с землей, пригодной для сельскохозяйственного производства. Он изменяется вместе с изменениями структуры национальной экономики (доля рабочей силы в сельском хозяйстве) и технологий обработки земли. Высокие показатели могут быть связаны с недостаточной продуктивностью земли и разделом земельных владений. Однако этот показатель изменяется также вместе с изменением уровня развития и политики в области землепользования.

Общий показатель фертильности (период: 1995-2000 годы): Источники: United Nations Population Division. (Forthcoming.) World Population Prospects: The 1996 Revision. New York: United Nations. Показатель отражает число детей, которых рождает женщина в течение репродуктивного периода ее жизни, если она будет рожать детей по схеме, определенной для различных возрастных групп в конкретный временной период. Страны могут достичь прогнозируемого уровня в различное время в течение этого периода.

Доступ к основному обслуживанию: Источники: The State of the World's Children 1996. UNICEF. 1996. New

York: UNICEF. С помощью этого показателя определяется доля населения, которая может добраться до соответствующих местных медицинских служб с использованием местных средств транспорта в течение одного часа. Он отражает распределение услуг в соотношении с численностью населения (с учетом концентрации населения в городах). Данные относятся к периоду 1985-1995 годов.

Принятие родов квалифицированными акушерками: Источник: World Health Organization, 1996. *Coverage of Maternity Care: A Tabulation of Available Information* (WHO/RHT/MSM/96.28). Geneva: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Programme, World Health Organization. Этот показатель рассчитывается на основе национальных докладов о количестве родов, принятых врачами, дипломированными медсестрами или акушерками или квалифицированными или традиционными акушерками. Данные относятся к периоду 1985-1993 годов.

Валовый внутренний продукт на душу населения: Источник: данные за 1995 год, представленные Всемирным банком. Этот показатель отражает общий объем товаров и услуг для конечного потребления, произведенный резидентами и нерезидентами, независимо от их реализации на внутреннем и внешнем рынке, по отношению к численности населения. В качестве такового он является показателем экономической производительности государства. Он отличается от показателя валового национального продукта тем, что в нем не учитывается доход от труда и капитала, полученный резидентами из-за рубежа, аналогичные платежи нерезидентам и различные технические корректировки, в том числе касающиеся изменений обменных курсов с течением времени. В этом показателе не учитывается различная покупательная способность валют. В будущие издания доклада «Народонаселение мира» могут включаться корректировки паритета покупательной способности «реального ВВП» по мере получения соответствующих данных.

Расходы центральных органов управления на образование и здравоохранение: Источник: The World Bank, 1995. *The World Tables 1995*. Washington, D.C.: The World Bank. Эти показатели отражают степень приоритетного внимания, которое государство уделяет секторам образования и здравоохранения и которое выражается в доле выделяемых для них государственных ассигнований. В них не учитываются различия в объеме ассигнований в рамках секторов, например, услуги в области начального образования и здравоохранения на других уровнях, которые являются весьма различными. Задача осуществления прямого сопоставления осложняется вследствие различия в административных и бюджетных функциях, которыми наделяются центральные органы управления в отличие от местных органов, и в связи с различными функциями частного и государственного секторов.

Внешняя помощь населению: Источник: UNFPA, 1995. *Global Population Assistance Report*. New York: UNFPA. Этот показатель отражает объем внешней помощи, предоставленной в 1992 году для осуществления деятельности в области народонаселения в каждой стране. Внешние средства распределяются через мно-

госторонние и двусторонние учреждения по оказанию помощи и неправительственные организации. При указании стран-доноров приводятся данные об их взносах, которые заключены в скобки. В будущих изданиях настоящего доклада будет приведена информация о других показателях для обеспечения лучшей основы для сопоставления и оценки потоков ресурсов, предназначенных для содействия осуществлению программы в области народонаселения и репродуктивного здоровья и полученных из различных национальных и международных источников. Представленные общие данные по регионам включают как страновые проекты, так и региональные мероприятия (не охватываемые в других частях таблицы).

Смертность в возрасте до 5 лет: Источник: United Nations Population Division, special tabulation based on United Nations, 1996. *World Population Prospects: The 1996 Revision*. New York: United Nations. Этот показатель отражает уровень смертности среди младенцев и малолетних детей. Поэтому он отражает последствия заболеваний и других причин смерти для новорожденных, младенцев и малолетних детей. Более стандартными демографическими показателями являются младенческая смертность и коэффициент смертности в возрасте 1-4 лет, что отражает различные причины и масштабы смертности в этом возрасте. Поэтому данный показатель по сравнению с показателем младенческой смертности в большей степени учитывает бремя детских заболеваний, включая заболевания, которые можно предотвратить за счет совершенствования программ в области питания и иммунизации. В данном случае показатель смертности в возрасте до пяти лет представляет собой количество детей в возрасте до пяти лет, умерших в каком-либо конкретном году, в расчете на 1000 живорождений. Оценки относятся к периоду 1990-1995 годов.

Потребление энергии на душу населения: Источник: The World Bank, 1995. *The World Tables 1995*. Washington, D.C.: The World Bank. Этот показатель отражает ежегодное потребление коммерческой первичной энергии (уголь, лигнит, нефть, природный газ и гидро-, атомная и геотермальная электроэнергия) в килограммах нефтяного эквивалента в расчете на душу населения. Он отражает уровень промышленного развития, структуру экономики и структуру потребления. Его изменения с течением времени могут отражать изменения в уровне и соотношении различных видов экономической деятельности и изменения в эффективности использования энергии (включая уменьшение или увеличение объема расточительного потребления).

Доступ к безопасной воде: Источник: WHO/UNICEF, *Water Supply and Sanitation Sector Monitoring Report 1996*. Этот показатель отражает долю населения, имеющего доступ к достаточному количеству безопасной питьевой воды, находящейся на приемлемом расстоянии от жилья пользователя. Подчеркнутые слова представляют собой определения, используемые на страновом уровне. Он связан с подверженностью рискам для здоровья, включая риски, являющиеся результатом плохой санитарно-гигиенической обстановки. Данные относятся к периоду 1990-1994 годов.

НАРОДОНАСЕЛЕНИЕ МИРА, 1997 ГОД

Редактор: Алекс Маршалл

Научно-исследовательская работа и подготовка текста: Стэн Бернстайн

Исполнительный редактор: Уильям Э. Райан

Помощник редактора: Филлис Брэхман

Фото на обложке: Буркина-Фасо, Рэй Уитлин/Организация Объединенных Наций