

ДЕЛО ВЫБОРА, А НЕ СЛУЧАЯ

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ,
ПРАВА ЧЕЛОВЕКА
И РАЗВИТИЕ



UNFPA

народонаселение мира в 2012 году

Все страны должны принять меры, для того чтобы как можно быстрее удовлетворить потребности своего населения в услугах по планированию семьи, и должны, в любом случае не позднее 2015 года, стремиться к обеспечению всеобщего доступа ко всему диапазону безопасных и надежных средств планирования семьи и соответствующим услугам по охране репродуктивного здоровья, которые не противоречат закону. Задача при этом должна состоять в том, чтобы помочь супружеским парам и отдельным людям достичь своих целей в области деторождения и создать для них все условия, позволяющие им осуществить их право иметь детей по своему выбору.

—Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, пункт 7.16

Народонаселение мира в 2012 году

Настоящий доклад подготовлен Отделом информации и внешних сношений Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА)

ГРУППА РЕДАКТОРОВ

Редактор: Ричард Коллодз
Заместитель редактора: Роберт Пучалик
Заместитель редактора по редакционным и административным вопросам: Мирей Чалдзуб
Ответственный за распространение: Джаеш Гулрадхани

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Группа редакторов выражает признательность группе консультантов ЮНФПА за разработку концепции и основных направлений настоящего доклада и за его подготовку, а также за ценные рекомендации, касавшиеся проектов доклада. В состав этой группы консультантов входили: Альфонсо Баррагес, Беатрис де ла Мора, Абубакар Дангас, Вернер Науг, Мишель Херманн, Мона Кайдбей, Лаура Ласки, Эдильберто Лоаиза, Кечи Огбуагу, Ниуи Оджуолапе, Нурийе Ортайли и Джагдиш Упадуай.

Над проектами работали также Анна-Бирджит Альбректсен, Клаус Бек, Исабель Бланко, Делиа Барселона, Сатурнин Элийе, Франсуа Фара, Кейт Гилмор, Елена Пирондини и Зиад Рифаи.

Хафедх Чекир, Теа Фиренс, Нобуко Хорайб, Банми Макинва и Марсела Суазо также участвовали в разработке содержания доклада. Свои рекомендации давали также Мохамед Афифи, Моник Клеска, Хорхе Кордоба, Адебайо Файоин, Соня Хекадон, Габриэла Янку, Янмин Лин, Сюзан Мандонг, Уильям Райан и Шерин Сааддала.

Группа редакторов выражает также признательность Марисабель Агосто за ее активное участие во всех этапах разработки, написания и редактирования доклада. Мы очень благодарны за то, что большой вклад в подготовку доклада внесли Карин Рингхейм и Дэвид Левингер.

Фото на обложке: мать с ребенком, Пакистан.

©Panos/Питер Баркер

ОБ АВТОРАХ

Маргарет Грин

Маргарет Грин (ведущий автор и исследователь) в течение почти 20 лет изучала социальные и культурные факторы, влияющие на состояние здоровья, репродуктивное здоровье подростков, политику в области развития и гендерные роли. Она хорошо известна своими исследованиями и просветительской работой, которые касаются положения девочек и женщин в бедных странах, а также вовлечения мужчин и мальчиков в борьбу за гендерное равенство. В настоящее время она руководит работой *GreeneWorks* — консультативной группы, которая содействует социальным преобразованиям в интересах укрепления здоровья и обеспечения развития. Она является Председателем Совета института «Промунду-США» и Фонда Уиллоуз, который предоставляет услуги по охране репродуктивного здоровья в Турции. Д-р Грин защитила свою докторскую диссертацию и получила диплом магистра по демографии в Университете Пенсильвании, а также получила звание бакалавра в области лингвистики в Йельском университете.

Шарин Джоши

Шарин Джоши (исследователь и автор текста главы 4) читает лекции по вопросам международного развития в Дипломатической школе Джорджтаунского университета в Вашингтоне, О.К., преподает экономику и политическое развитие, читает лекции по вопросам, касающимся нищеты, гендерных ролей и политики, а также комплексных подходов к устойчивому развитию. Она защитила докторскую диссертацию по экономике и получила диплом магистра по экономике в Йельском университете. Она получила также диплом бакалавра по математике в Колледже Рид в Портленде (Орегон).

Омар Роблес

Омар Роблес работает консультантом по вопросам здравоохранения, гендерной тематики и развития. Он отвечал за обучение кадров, занимающихся разработкой программ ЮНФПА в Индонезии, учитывающих гендерную тематику, и в настоящее время является консультантом по гендерным вопросам в организации CARE International, где он занимается подготовкой реестра специалистов, готовых к работе в чрезвычайных ситуациях. До своей работы в качестве консультанта Омар был советником по вопросам здравоохранения и гендерной тематики в рамках глобальной инициативы ЮСАИД по политике здравоохранения, которую проводила в жизнь организация «Фьючерс групп». Он имеет диплом магистра по здравоохранению и управлению, выданный Школой мирового здравоохранения имени Гиллинса Университета Северной Каролины, и диплом бакалавра по журналистике и средствам массовой информации, полученный также в Университете Северной Каролины.



ДЕЛО ВЫБОРА, А НЕ СЛУЧАЯ

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ, ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И РАЗВИТИЕ

Предисловие стр. ii

Обзор стр. iv

1 Право на планирование семьи стр. 1

2 Анализ данных и тенденций для понимания проблем стр. 17

3 Проблемы обеспечения всеобщего доступа стр. 43

4 Социальные и экономические последствия планирования семьи стр. 79

5 Расходы на осуществление права на планирование семьи и достигаемая экономия стр. 97

6 Право на планирование семьи должно стать всеобщим стр. 109

Показатели стр. 120

Библиография стр. 131



◀ *Девушка пришла на семинар по вопросам планирования семьи в Доминике.*

©Panos/Philip Wolmuth

Предисловие

Право человека свободно и с чувством ответственности решать вопрос о количестве и сроках рождения своих детей на протяжении десятилетий служило руководящим принципом в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, в частности планирования семьи, и приобрело особое значение после 1994 года, когда представители 179 правительств собрались вместе и приняли принципиально новую Программу действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР).

МКНР существенно изменила систему взглядов в области народонаселения и развития, поскольку вместо чисто демографического подхода к планированию семьи был принят подход, основанный на правах человека, а также учитывающий потребности, чаяния и обстоятельства каждой женщины.

Эта историческая веха имела поистине революционные последствия для сотен миллионов женщин и молодых людей, которые за последние 18 лет получили права и возможности для того, чтобы предотвращать или откладывать беременность.

Результаты применения подхода к охране сексуального и репродуктивного здоровья и планированию семьи на основе прав человека были поистине огромны. Многие миллионы женщин обрели возможность иметь меньше детей и начинать свою семейную жизнь позже, что позволило им завершить учебу, заработать на более достойную жизнь и вырваться из нищеты.

Многочисленные исследования показали, что женщины, применяющие методы планирования семьи, обычно лучше образованы, обладают большими правами и возможностями в своих домашних хозяйствах и общинах и вносят более значительный трудовой вклад. А в тех семьях, где родители имеют возможность сами определять число беременностей и промежутки между ними, у их детей обычно более крепкое здоровье, выше успеваемость в школе,

и, когда они становятся взрослыми, то получают более высокие доходы.

К тому же теперь есть неопровержимые доказательства того, что в случае, если планирование семьи становится частью более широких инициатив по социально-экономическому развитию, оно может многократно усиливать их положительное влияние на развитие человеческого потенциала и благосостояние целых народов.

У дальновидных людей, которые сформулировали Программу действий МКНР в 1994 году, есть много причин для того, чтобы гордиться собой; прогресс, достигнутый с тех пор, действительно впечатляет.

И, тем не менее, куда бы я ни приезжал, я продолжаю встречать женщин и девочек, которые говорят мне, что у них нет возможности осуществить свое право на планирование семьи, и в конечном итоге у них появляется больше детей, чем они планировали, а это создает для них материальные тяготы, наносит ущерб их здоровью и подрывает их шансы на улучшение их собственной жизни и жизни их семьи.

По последним статистическим данным, 867 миллионов женщин детородного возраста в развивающихся странах нуждаются в современных средствах контрацепции. Из этого числа 645 миллионов имеют доступ к ним. Однако огромное число — 222 миллиона женщин не имеют возможности получить их. Это



◀ *Директор-исполнитель ЮНФПА Бабатунде Осотимехин заверил, что будет по-прежнему оказывать помощь программам по охране репродуктивного здоровья и добровольному планированию семьи на Филиппинах.*

©UNFPA

непростительно. Планирование семьи — это право человека. Поэтому средства для планирования семьи должны быть доступны всем, кто хотел бы их получить. Очевидно, что пока этим правом могут воспользоваться не все люди, особенно в беднейших странах.

Преграды остаются. Одни связаны с качеством и наличием товаров и услуг, а многие другие обусловлены экономическими обстоятельствами и социальными ограничениями. Какими бы ни были эти преграды, их надо устранять.

Признавая насущную необходимость удовлетворения огромных, все еще существующих потребностей в области планирования семьи, ЮНФПА, Департамент международного развития Соединенного Королевства, Фонд Билла и Мелинды Гейтс и другие партнеры организовали в июле 2012 года встречу, в ходе которой страны-доноры приняли обязательства ассигновать 2,6 млрд. долл. США и сами развивающиеся страны взяли на себя значительные обязательства. Эти новые ассигнования предназначены для того, чтобы к 2020 году предоставить средства для добровольного планирования семьи еще 120 миллионам женщин и девочек подросткового возраста в развивающихся странах. И, тем не менее, нужны дополнительные ресурсы и политические обязательства для удовлетворения *всех* потребностей, которые еще остаются.

Планирование семьи играет важнейшую роль в достижении многих целей международного сообщества — укрепить здоровье матерей и детей, содействовать гендерному равенству, сделать хорошее образование более доступным, дать возможность молодым людям активно участвовать в хозяйственной деятельности и в жизни местного населения, а также сократить масштабы нищеты. Поэтому оно должно стать неотъемлемой частью всех нынешних и будущих инициатив в области развития, в том числе частью глобальной рамочной программы устойчивого развития на период после 2015 года, которая будет разработана на основе Целей развития тысячелетия.

В 1994 году международное сообщество взяло на себя обязательство перед всеми женщинами, мужчинами и молодыми людьми защищать их права человека, в соответствии с которыми они вправе сами принимать одно из самых важных для жизни человека решений. Нам давно пора выполнить это обязательство и сделать так, чтобы средства добровольного планирования семьи стали доступны для всех.

Д-р Бабатунде Осотимехин

Заместитель Генерального секретаря
Организации Объединенных Наций,
Директор-исполнитель
Фонда Организации Объединенных Наций
в области народонаселения (ЮНФПА)

Обзор

Правительства 179 стран, участвовавших в Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в 1994 году и подписавших Программу действий МКНР, подтвердили право человека на планирование семьи и заявили, что «цель программ 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». Это заявление существенно изменило систему подходов правительств и международных организаций к вопросам развития и народонаселения.

Планирование семьи имеет огромное значение для способности человека осуществить свои репродуктивные права и другие основные права человека. Международный консенсус в отношении права определять сроки наступления беременности и перерывы между беременностями является результатом исследований, информационно-пропагандистской деятельности и дискуссий в течение десятилетий. Этот консенсус сейчас находит свое выражение в том, что сообщество, занимающееся вопросами развития, еще с большей энергией сосредоточивает свои усилия на необходимости более активного проведения в жизнь политики и программ для обеспечения того, чтобы все люди имели одинаковые возможности осуществить свое право на получение высококачественных услуг, товаров и информации, когда они нуждаются в них.

Для обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья необходимо предоставить широкий спектр услуг. Планирование семьи является как раз той услугой, которая должна быть включена в систему, охватывающую:

- первичное медико-санитарное обслуживание, а также дородовой уход, безопасные роды и послеродовой уход;
- профилактику и соответствующее лечение бесплодия;

- ликвидацию последствий небезопасного аборта;
- лечение от инфекционных заболеваний репродуктивных органов;
- профилактику, уход и лечение инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДа;
- предоставление информации, просвещение и консультирование по вопросам сексуальных отношений и репродуктивного здоровья;
- предотвращение насилия над женщинами, мониторинг ситуации и уход за жертвами насилия;
- другие меры по борьбе с вредными обычаями, такими, как калечащие операции на женских гениталиях.

В настоящем докладе основное внимание уделяется планированию семьи и правам, поскольку:

- основное право всех супружеских пар и отдельных людей свободно и с чувством ответственности решать вопрос о количестве и сроках рождения своих детей толкуется как один из ключевых аспектов репродуктивных прав, наряду с правом на наивысший достижимый уровень сексуального и репродуктивного здоровья и правом всех принимать решения, касающиеся деторождения, без дискриминации, принуждения и насилия;

- способность человека планировать сроки появления и количество своих детей в огромной степени влияет на осуществление других прав;
- многим приходилось бороться за право на планирование семьи, но и сейчас надо продолжать эту деятельность, несмотря на наличие прочной международной основы в области прав человека и развития.

Переход к планированию семьи на основе прав человека

Ценность подхода к планированию семьи на основе прав человека заключается в том, что при таком подходе каждый человек рассматривается как самостоятельный, полноправный и активный участник, а не пассивный пользователь. Этот подход строится на прямом определении правообладателей (отдельных людей) и носителей обязанностей (правительств и других сторон), которые должны обеспечить осуществление этих прав. Сегодня широко признается, что планирование семьи является основополагающим для целого ряда прав.

Поэтому подход, основанный на правах человека, будет заложен в основу глобальной рамочной программы устойчивого развития на период после 2015 года, которая придет на смену Целям развития тысячелетия (ЦРТ). В одном из последних документов, посвященных повестке дня на период после 2015 года, Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека подчеркнуло, что «все более широкое международное признание подходов к вопросам развития, основанных на правах человека, которые строятся на принципах участия, подотчетности, отказа от дискриминации, расширения прав и возможностей и верховенства права, дает нам надежду на то, что сейчас вырабатывается более просвещенная модель развития».

Подходы на основе прав человека — к планированию семьи или к другим аспектам устойчивого развития — будут способствовать



достижению справедливости, равноправия и недискриминации в более полном объеме.

Появление детей — дело выбора, а не случая

В докладе «Народонаселение мира в 2012 году» объясняется, почему планирование семьи является одним из прав человека и что оно означает для людей как в развивающихся, так и в развитых странах. В настоящем докладе сведены воедино ряд основополагающих концепций по охране здоровья, репродуктивного здоровья и планирования семьи, и на этой основе рассматриваются вопросы, касающиеся важности вовлечения мужчин к планированию семьи как партнеров, с которыми строятся человеческие отношения, спутников жизни и клиентов, пользующихся такими услугами; подчеркивается необходимость сбора дополнительных данных и разработки программ, которые охватывали бы как молодых людей, не состоящих в браке, так и людей старших возрастов; обращается внимание на то, что как в развивающихся, так и в развитых странах велики показатели незапланированных и нежелательных беременностей, а также указывается, что меняющееся сексуальное поведение в различных социальных и возрастных группах входит в противоречие со старыми представлениями о сексуальном поведении, что препятствует тому, чтобы услуги в области планирования семьи предоставлялись повсеместно и были бы доступны для всех.

▲ Женщины, которые в состоянии планировать свою семью, имеют больше возможностей послать своих детей в школу. Чем дольше дети будут учиться в школе, тем больше они заработают в течение своей жизни, и это поможет им вырваться из нищеты.

©Lindsay Mgbogi/Департамент международного развития Соединенного Королевства

Доклад построен таким образом, чтобы дать ответы на следующие главные вопросы:

Что такое подход к планированию семьи на основе прав человека?

В главе 1 содержится обзор международных обязательств по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, и особое внимание уделяется Программе действий МКНР и новым международным обязательствам инвестировать в программы по планированию семьи в рамках повестки дня по устойчивому развитию в период после завершения программ по ЦРТ. В этой главе рассказывается о свободах и репродуктивных правах, которые основаны на гражданских, политических, экономических, социальных и культурных правах. В этой главе излагаются обязанности государств по обеспечению осуществления права граждан на планирование семьи и освещаются системы подотчетности, созданные для наблюдения за реализацией этого права.

Где были достигнуты успехи и кто до сих пор не может в полной мере осуществить свое право на планирование семьи?

В главах 2 и 3 на основе результатов исследований и опыта реализации программ показаны глобальные тенденции и различия в возможностях получения услуг в области планирования семьи. В главе 2 обращается внимание на то, что по целому ряду ключевых показателей планирования семьи существует неравенство. Это неравенство возможностей доступа к услугам по планированию семьи и неодинаковые масштабы использования таких услуг изучаются с учетом уровня доходов, уровня образования и места жительства. В этой главе обсуждается вопрос о том, почему люди используют тот или иной метод контрацепции, почему женские средства преобладают, и как планирование семьи отражается на статистике аборт. В главе 3 показаны относительно высокие неудовлетворенные потребности конкретных больших — и чаще всего игнорируемых — групп населения: молодежи, людей всех возрастов, не состоящих в браке, мужчин и мальчиков, малоимущих и других социально маргинализированных групп населения, которые имеют лишь ограниченный доступ к информации и услугам. В этой главе рассматривается вопрос о том, как меняется динамика сексуальной активности и брачные отношения и каким образом эти изменения сказываются на потребностях в области планирования семьи.



Каковы социально-экономические преимущества подхода к планированию семьи, основанного на правах человека?

В главе 4 кратко излагаются социально-экономические преимущества расширения доступа к услугам в области планирования семьи, причем особое внимание уделяется тем слоям населения, которые больше всего нуждаются в таких услугах. Сокращение материнской смертности и заболеваемости, повышение уровня образования женщин и лучшее будущее детей касаются улучшения жизни отдельных людей и имеют далеко идущие последствия для семьи, общества и государства. Когда правительства уделяют первоочередное внимание вопросам планирования семьи в рамках комплексной стратегии развития, они делают стратегические инвестиции, которые обеспечивают выполнение их обязательств по защите прав граждан и в то же время содействуют сокращению масштабов нищеты и стимулируют экономический рост.

Каковы финансовые последствия подхода к планированию семьи, основанного на правах человека?

Государственным органам и учреждениям по развитию необходимо направлять больше ресурсов на обеспечение индивидуальных и более широких социально-экономических преимуществ, которых можно достичь благодаря подходу к планированию семьи на основе прав человека. В главе 5 обобщаются результаты последних исследований по финансированию, из которых следует, что неудовлетворенные потребности будут расти, поскольку все больше молодых людей вступает в репродуктивный возраст. Исследования подтверждают, что планирование семьи является экономически эффективной инвестицией в здравоохранение. Учитывая вклад планирования семьи в осуществление прав человека и его экономическую эффективность, следует признать, что планирование семьи — это стратегические инвестиции.

Что необходимо сделать международному сообществу для претворения в жизнь подхода, основанного на правах человека?

В главе 6 изложены рекомендации относительно будущих инвестиций, политики и программ. Основным заинтересованным сторонам необходимо признать, что сохраняющееся неравенство в области планирования семьи является нарушением прав человека и преградой на пути предоставления информации и услуг недостаточно охваченным слоям населения. Семьям, обществу, учреждениям и правительствам необходимо изменить свои стратегии для обеспечения того, чтобы все люди имели возможность реализовать свое право человека на планирование семьи. Эта работа приведет к расширению традиционных подходов к программам по планированию семьи. Огромное значение имеет принятие показателей на период после истечения сроков ЦРТ, поскольку это позволит осуществить более детальную оценку диспропорций в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.



Право на планирование семьи

Одно из основных прав человека

Сейчас миллионы людей, имеющие соответствующие материальные возможности, считают само собой разумеющимся, что они вправе планировать, сколько у них будет детей и когда они появятся на свет. Однако многие люди во всем мире не могут воспользоваться своим правом решать, когда и сколько у них будет детей, потому что у них нет доступа к информации по вопросам планирования семьи и службам, занимающимся этими вопросами, или же потому, что качество услуг, которые они могут получить, настолько низкое, что они предпочитают обходиться без них и подвергаются опасности нежелательной беременности.

На Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) 1994 года международное сообщество пришло к выводу, что планирование семьи должно быть доступным для каждого желающего и что правительства должны создать условия, необходимые для реализации права людей на планирование своей семьи. Тем не менее исследования последнего времени говорят о том, что 222 миллиона женщин в развивающихся странах сегодня лишены средств для того, чтобы отложить беременность и деторождение. Миллионы женщин в развитых странах тоже не в состоянии планировать свою семью, потому что они не могут получить информацию, знания и консультации по вопросам планирования семьи, не имеют доступа к противозачаточным средствам и в своей сексуальной жизни и при решении вопросов о потомстве сталкиваются с социальными, экономическими или культурными преградами, включая дискриминацию, принуждение и насилие.

Число детей и интервалы между деторождениями могут повлиять на перспективы

получения школьного образования, на уровень доходов и благосостояние женщин и девочек, а также мужчин и мальчиков. Таким образом, право на планирование семьи дает возможность пользоваться другими правами, включая право на здоровье, образование и достойную жизнь. Подход к планированию семьи, основанный на осознанном выборе и соблюдении прав человека, является самым эффективным методом предотвращения материнской смертности и заболеваемости. Обеспечение права на планирование семьи может в конечном счете ускорить продвижение страны к сокращению масштабов нищеты и достижению целей развития. Всеобщий доступ к услугам в области репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, имеет такое большое значение, что его обеспечение является одной из Целей развития, сформулированных в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций. Решение этого вопроса необходимо также для достижения многих первоочередных целей по обеспечению устойчивого развития в период после 2015 года.

◀ В одном из центров по просвещению женщин в Пакистане матери участвуют в беседе по вопросам применения методов контрацепции.

©Panos/Peter Barker

«Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах... Каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, провозглашенными настоящей Декларацией, без какого бы то ни было различия, как то в отношении расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного, сословного или иного положения... Каждый имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность».

— Всеобщая декларация прав человека

Хотя планирование семьи является одним из основных прав, население в целом, работники систем здравоохранения и правительства порой относятся к нему неоднозначно. Стремлению к планированию семьи нередко мешает то, что оно ассоциируется с сексуальными отношениями и представлениями о них в свете социальных и культурных ценностей. С практической точки зрения, это означает, что опасения относительно предоставления доступа к такому планированию для определенных групп населения также могут ослабить общую приверженность планированию семьи.

Многие группы населения, включая молодежь и людей, не состоящих в браке, были исключены из программ по планированию семьи или не могут воспользоваться ими. Другие группы населения, включая инвалидов и людей старшего возраста, не получили доступа к программам по планированию семьи вследствие распространенности мнения о том, что у них нет сексуальных потребностей.

В настоящем докладе доказывается, что неспособность определять время появления детей и их число является следствием социальной несправедливости и отсутствия свободы и еще больше усугубляет эту несправедливость и несвободу. Настоящий доклад показывает, что право на планирование семьи — это одно из важнейших и подчас игнорируемых условий, необходимых для обеспечения более широкой поддержки сексуального и репродуктивного здоровья. В докладе также подчеркивается, что планирование семьи является одним из самых экономически эффективных способов

содействия охране здоровья населения и устойчивому развитию (Levine, What Works Group and Kinder, 2004).

Планирование семьи содействует осуществлению других прав человека

В мировом сообществе сложилось единое понимание сексуального и репродуктивного здоровья, а также институциональных, социальных, политических и экономических условий, которые необходимы для его поддержания. Это единое понимание в наиболее полной форме было выражено на МКНР, которая ознаменовала глубокие изменения в подходе международного сообщества к сексуальному и репродуктивному здоровью и во многом предопределила проводимую ныне политику. В Программе действий МКНР, принятой 179 правительствами, было официально признано право человека иметь детей по своему выбору, а не просто в силу сложившихся обстоятельств.

Человек имеет право определять размер своей семьи, а также право самому решать, когда заводить детей. В Программе действий МКНР есть несколько элементов, которые содействовали тому, чтобы больше людей осуществило свои репродуктивные права. Во-первых, Программа действий МКНР содействовала осуществлению репродуктивных прав благодаря тому, что она содержит опре-

МКНР дала следующее определение понятия сексуального и репродуктивного здоровья: «это состояние полного физического, умственного и социального благополучия... 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».

— Программа действий МКНР, пункт 7.2.

деление широкой концепции «сексуального и репродуктивного здоровья» и привлекает внимание к социальным условиям, которые его определяют. В ней были недвусмысленно признаны большое значение сексуального и репродуктивного здоровья в жизни женщин, а также конкретные потребности подростков и роль мужчин и мальчиков. В ней было установлено, что программы развития должны учитывать социальные, политические и экономические факторы, которые имеют различные последствия для людей в зависимости от того, кто они, где живут и чем занимаются.

Вклад МКНР заключается еще и в следующем: если в предыдущих программах планирование семьи считалось самостоятельным направлением деятельности, то Программа действий встроила планирование семьи в контекст более широких программ в области сексуального и репродуктивного здоровья. Репродуктивные права основаны не только на признании права супружеских пар и отдельных людей заниматься планированием своей семьи, но и на «праве на наивысший достижимый уровень сексуального и репродуктивного здоровья. Оно включает также их право принимать решения относительно деторождения, будучи свободными от дискриминации, принуждения и насилия, как сказано в документах по правам человека» (ЮНФПА, 1994).

Уменьшая тревоги, связанные с нежелательной беременностью, планирование семьи может содействовать укреплению отношений между партнерами и обеспечению благотворной и здоровой половой жизни. Уважение, защита и осуществление прав человека помогают людям в полной мере пользоваться благами инвестиций в планирование семьи (Cottingham, Germain and Hunt 2012).

Международные обязательства

Права на сексуальное и репродуктивное здоровье не являются набором каких-то новых прав, а представляют собой права, которые уже прямо или косвенно признаны в нацио-

нальных законах, международных документах по правам человека и других соответствующих документах Организации Объединенных Наций, принятых консенсусом. Некоторые из этих международных норм основаны на более широких правах человека, которые служат базой, в частности, для права на сексуальное и репродуктивное здоровье, включая планирование семьи.

Репродуктивные права охватывают как свободы, так и гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права. Право определять число своих детей и интервалы между деторождениями является неотъемлемой частью репродуктивных прав и поэтому непосредственно связано с другими основными правами человека, включая:

- **право на жизнь;**
- **право на свободу и безопасность человека;**
- **право на здоровье, включая сексуальное и репродуктивное здоровье;**
- **право заключать брак по согласию и право на равенство в браке;**
- **право на неприкосновенность частной жизни;**
- **право на равенство и право не подвергаться дискриминации;**
- **право не подвергаться пыткам или другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания;**
- **право на образование, включая доступ к половому просвещению;**
- **право участвовать в общественной жизни и право на свободное, активное и реальное участие;**
- **право искать, предоставлять и получать информацию и иметь свободу самовыражения;**
- **право пользоваться благами научного прогресса.**

(Центр за репродуктивные права, 2009; Международная федерация планируемого родительства, 1996).

Эти права закреплены в многочисленных международных и региональных договорах и конвенциях, и поэтому они воплощают в себе единое понимание основных прав человека. Эти и другие права человека, связанные с репродуктивными правами и их источниками, изложены в публикации «Репродуктивные

Договоры, конвенции и соглашения, касающиеся репродуктивного здоровья и репродуктивных прав

1948	Всеобщая декларация прав человека: Один из ключевых документов, который стал источником вдохновения для всей дискуссии по правам человека, а также для разработки многих конституций и национальных законов; Декларация является также одним из источников обычного международного права.
1968	Тегеранская конференция по правам человека провозгласила право отдельных людей и супружеских пар на информацию, доступ и выбор в целях определения числа детей и интервалов между деторождениями.
1969	Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации
1969	Декларация социального прогресса и развития, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций, резолюция 2542 (XXIV), статья 4: «Родители имеют исключительное право свободно и с полной ответственностью определять число своих детей и сроки между их рождением». Ассамблея также постановила, что для осуществления этого права необходимо «предоставить семьям знания и средства, необходимые для того, чтобы они могли осуществить свое право...».
1974/1984	Всемирный план действий в области народонаселения принятый на Всемирной конференции по народонаселению, проходившей в 1974 году в Бухаресте, и 88 рекомендаций по его осуществлению, которые были одобрены в 1984 году на Международной конференции по народонаселению в Мехико.
1976	Международный пакт о гражданских и политических правах, который используется группами по защите гражданских прав в ходе их борьбы со злоупотреблением политической властью правительствами.
1976	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах принятый в 1966 году и вступивший в силу в 1976 году. В статье 12 Пакта признается право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.
1979	Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин является единственным международным документом по правам человека, в котором прямо говорится о том, что планирование семьи является ключом к обеспечению здоровья и благосостояния семей. Комитет заложил основу для обеспечения равенства между мужчинами и женщинами, предусматривая равный доступ женщин к политической и общественной жизни и равные возможности участвовать в этой жизни, включая право голосовать и выдвигать свою кандидатуру на выборах, а также равные возможности получения образования и медицинских услуг и трудоустройства.
1986	Декларация о праве на развитие призывает к такому развитию, которое направлено на повышение благосостояния всего населения и всех лиц на основе их свободного и конструктивного участия в развитии и в справедливом распределении создаваемых в ходе его благ.
1989	Конвенция о правах ребенка устанавливает стандарты защиты ребенка от безнадзорности и злоупотреблений во всех странах мира. В интересах защиты ребенка она преследует следующие цели: <ul style="list-style-type: none">• защитить детей от вредных действий и обычаев, включая коммерческую и сексуальную эксплуатацию и физическое и психологическое насилие, и при этом в Конвенции провозглашается, что родителям будет оказана помощь в выполнении их обязанностей по правильному воспитанию ребенка в тех случаях, когда такая помощь нужна;• обеспечить реализацию права ребенка на получение доступа к определенным услугам, таким как медицинские услуги и информация по вопросам половой жизни и деторождения;• гарантировать участие ребенка в решении вопросов, касающихся его/ее жизни, по мере взросления; это включает в себя право иметь и свободу высказывать свое мнение.
1993	Всемирная конференция Организации Объединенных Наций по правам человека в Вене провозгласила, что права женщин — это права человека.

1994

На **Международной конференции по народонаселению и развитию** (МКНР), которая проходила в Каире, правительства 179 стран пришли к выводу, что существует неразрывная связь между народонаселением и развитием и что раскрытие потенциала женщин и удовлетворение потребностей людей в образовании и медицинском обслуживании, включая охрану репродуктивного здоровья, необходимы для как для личного успеха, так и для сбалансированного развития. Конференция приняла 20-летнюю Программу действий, в которой основное внимание было уделено потребностям и правам человека, а не демографическим целям. Было признано, что содействие равенству между мужчинами и женщинами, борьба с насилием над женщинами и обеспечение способности женщин самой решать вопросы деторождения являются основными принципами политики в области народонаселения и развития. МКНР поставила следующие конкретные цели: обеспечение доступа к образованию для всех, особенно для девочек; сокращение младенческой, детской и материнской смертности; обеспечение к 2015 году всеобщего доступа к методам охраны репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, родовспоможение и профилактику заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию.

1995

Пекинская декларация и Платформа действий: четвертая Всемирная конференция Организации Объединенных Наций по положению женщин подтвердила общее определение права на планирование семьи, содержащееся в Программе действий МКНР.

1999

Основные меры по дальнейшему осуществлению Программы действий МКНР

женская проблематика должна учитываться на всех этапах разработки и проведения в жизнь политики, а также при оказании услуг, особенно тех, которые связаны с сексуальным и репродуктивным здоровьем, включая планирование семьи. Особое внимание было уделено сексуальному и репродуктивному здоровью в контексте более широкой реформы систем здравоохранения, а также правам и маргинализированным группам.

2000

Декларация тысячелетия была подготовлена 189 странами, которые обязались избавить людей от крайней нищеты к 2015 году. Связь с репродуктивным здоровьем была сначала декларирована недостаточно четко.

2001

Цели развития тысячелетия (ЦРТ) Эти цели являются «дорожной картой», имеющей задачи, степень выполнения которых можно определить, и конкретные сроки; в число задач в области репродуктивного здоровья входят:

- снизить на три четверти за период 1990-2015 годов показатель материнской смертности (ЦРТ-5);
- обеспечить к 2015 году доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья (ЦРТ 5-B).

2004

57-я Всемирная ассамблея здравоохранения приняла первую стратегию Всемирной организации здравоохранения по репродуктивному здоровью, признала Программу действий и настоятельно призвала страны проводить в жизнь новую стратегию в рамках национальных усилий по достижению ЦРТ;

- сделать так, чтобы вопросы репродуктивного и сексуального здоровья стали неотъемлемой частью планов и бюджетов, а также учитывались в процессе мониторинга и представления докладов о продвижении к ЦРТ;
- укрепить системы здравоохранения, чтобы обеспечить всеобщий доступ к средствам охраны репродуктивного и сексуального здоровья, уделяя особое внимание бедным и другим маргинализированным группам населения, включая подростков и мужчин.

2005

Всемирный саммит 2005 года, который был продолжением Всемирного саммита тысячелетия 2000 года. Лидеры всего мира обязались обеспечить всеобщий доступ к средствам охраны репродуктивного здоровья к 2015 году, содействовать равенству мужчин и женщин и положить конец дискриминации женщин.

2006

Конвенция о правах инвалидов

2010

Саммит 2010 года по обзору хода достижения ЦРТ. Лидеры всего мира подтвердили свои обязательства в отношении обеспечения всеобщего доступа к средствам охраны репродуктивного здоровья к 2015 году и вновь обязались содействовать равенству между мужчинами и женщинами и положить конец дискриминации женщин.

2011

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин принял решение, в котором говорится, что все государства обязаны в соответствии с правами человека гарантировать женщинам любой расовой принадлежности и степени экономического благосостояния своевременный и недискриминационный доступ к соответствующим услугам по охране материнского здоровья.

права — это права человека» Центра за репродуктивные права (2009).

Чтобы отреагировать на существующее неравенство мужчин и женщин и учесть реалии репродуктивной физиологии, в ряде документов по правам человека были упомянуты особые трудности и виды дискриминации, с которыми сталкиваются женщины и девочки. К числу прав человека, самым непосредственным образом связанных с неравенством мужчин и женщин, относятся право быть свободными от таких форм дискриминации, которые наносят ущерб в первую очередь женщинам и девочкам, и право быть свободными от сексуального принуждения и гендерного насилия.

Здоровье: социальное и экономическое право

Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП) и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) были разработаны в 1960-х годах для обеспечения осуществления принципов, упомянутых во Всеобщей декларации прав человека. Защитники прав человека приняли меры для того, чтобы МПГПП сыграл видную роль в защите людей от злоупотреблений политической властью правительствами, а сегодня МПЭСКП помогает активистам убедить правительства в необходимости того, чтобы право на жилье или питание имело такой же статус, как и право принимать участие в голосовании (The Economist, 2001). Активисты в некоторых самых бедных странах мира и защитники интересов этих стран потребовали, чтобы экономические и социальные блага рассматривались как права в тех местах, где нехватка продовольствия и жилья настолько острая, что даже гражданские и политические права представляются роскошью.

С 1998 года Всемирная организация здравоохранения просит международное сообщество официально уважать и поддерживать концепцию, согласно которой человек имеет право на

здоровье. Задача заключается в определении того, что эти социальные и экономические права — в том числе право на здоровье — означают в конкретных условиях, которые содействуют пропаганде и осуществлению этих прав. В 2000 году Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам дал определение «основных обязанностей» правительствам и решил, что в их число входит обеспечение равного доступа к медицинскому обслуживанию, адекватному питанию, чистой воде, канализационным системам и самым необходимым лекарствам.

Ответственность за обеспечение прав

Не существует прав без обязанностей, и никакая обязанность не имеет значения, если никто не несет ответственности. Органы Организации Объединенных Наций, наблюдающие за соблюдением договоров, должны следить за тем, как правительства выполняют основные договоры по правам человека, и в настоящее время нередко рекомендуют правительствам принять меры по охране сексуального и репродуктивного здоровья и по защите репродуктивных прав (Центр за репродуктивные права, 2009). Под эгидой Совета Организации Объединенных Наций по правам человека и при руководящей роли государств проводятся универсальные периодические обзоры, которые дают возможность каждые четыре года анализировать то, как все государства-члены Организации Объединенных Наций соблюдают права человека. Каждому государству предоставляется возможность рассказать о мерах, которые были приняты для улучшения положения в области прав человека в данной стране и для выполнения своих обязательств в области прав человека.

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин изучает данные о защите прав человека во всем мире и выносит свои рекомендации. Например, в 2011 году Комитет дал строгие рекомендации прави-

тельствам Непала, Замбии и Коста-Рики в целях обеспечения реализации сексуальных и репродуктивных прав граждан этих стран (Центр за репродуктивные права, 2011а). В 2011 году Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций создал независимую Группу экспертов по обзору, чтобы отслеживать реализацию Глобальной стратегии охраны здоровья матери и ребенка, и была также создана Комиссия по вопросам подотчетности в отношении здоровья женщин и детей (Всемирная организация здравоохранения, 2010а). Эта независимая Группа экспертов по обзору, которая будет уделять особое внимание выделению необходимых ресурсов на достижение Целей развития тысячелетия (Цели 4 — сокращение детской смертности и Цели 5 — сокращение материнской смертности), будет работать четыре года и должна представить свой первый доклад Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций в сентябре 2012 года.

Национальные учреждения по правам человека и судебные органы несут прямую ответственность за обеспечение реализации репродуктивных прав. Например, Кенийская национальная комиссия по правам человека недавно расследовала ряд нарушений репродуктивных прав в этой стране (Кенийская национальная комиссия по правам человека, 2012). В конце 2009 года Кенийская федерация женщин-юристов и Центр за репродуктивные права предъявили обвинения в том, что кенийские медицинские учреждения нарушают репродуктивные права. Комиссия пришла к выводу, что права населения были нарушены, вследствие в основном низкого качества услуг, и призвала правительство добиться необходимых улучшений.

Конституционный суд Колумбии принял ряд важных постановлений, касающихся обеспечения доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья (Конституционный суд Колумбии, 2012; Закон о репродуктивном здоровье, 2012). Так, в 2010 году он подтвер-



◀ *Грейс Мэтьюз, мать двоих детей, шла пешком и ехала на велосипеде три часа для того, чтобы получить средства контрацепции. Она решила сделать инъекцию, чтобы отсрочить рождение следующего ребенка.*

©Lindsay Mgbor/Департамент международного развития Соединенного Королевства

дил законность и необходимость обеспечения доступа к противозачаточным средствам в чрезвычайных обстоятельствах.

В 2003 году ЮНФПА провел обзор национального опыта, накопленного за десять лет, прошедших после МКНР (ЮНФПА, 2005а). Из 151 изученной страны 145 стран дали ответы по вопросам обеспечения репродуктивных прав. Из тех стран, которые дали ответы, 131 страна сообщила о принятии новой политики, национальных планов, программ, стратегий или законов о репродуктивных правах.

Планирование семьи и права человека: основа для действий

На МКНР международное сообщество трансформировало свое признание права человека на планирование семьи в обязательство применять подход, основанный на соблюдении прав человека, к вопросам охраны здоровья, который направлен прежде всего на повышение возможностей государств и индивидов осуществлять права. Таким образом, если у людей есть права, то у государств есть обязанность уважать, защищать и осуществлять эти права (Центр за репродуктивные права и Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, 2010).

В процессе своей работы по содействию правам человека учреждения Организации Объединенных Наций руководствуют-

«Каждый человек имеет право на образование, которое должно быть направлено на полное развитие людских ресурсов, достоинства и потенциала людей с уделением особого внимания женщинам и девочкам. Образование должно быть призвано повышать уважение к правам человека и основным свободам, включая связанные с народонаселением и развитием».

— Программа действий МКНР, принцип 10.

ся Общим пониманием Организации Объединенных Наций относительно основанного на правах человека подхода к сотрудничеству в целях развития (2003): в ходе реализации прав человека, изложенных во Всеобщей декларации прав человека и других международных соглашениях по правам человека, «стандарты и принципы в области прав человека должны быть основой для всей деятельности и для всех программ по сотрудничеству в целях развития во всех сферах и на всех этапах процесса планирования» (Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара по правам человека, 2010). Основанный на правах человека подход практически нацелен на расширение возможностей обладателей прав осуществлять свои права, а также на повышение способности носителей обязан-

ностей выполнять их (портал Организации Объединенных Наций для практиков, применяющих основанные на правах человека подходы к разработке программ).

Формы практической реализации права на планирование семьи можно разделить на свободы и права индивидов и на обязанности государства (Центр за репродуктивные права и ЮНФПА, 2010). Осуществление свобод и прав индивидов сильно зависит от обязанностей государства, связанных с обеспечением равных возможностей, а также от поэтапной работы по осуществлению прав всех людей, включая право на здоровье, без дискриминации. Они добиваются этого с помощью стратегий, содействующих устранению препятствий, а также благодаря принятию положительных мер, нейтрализующих те факторы, которые систематически лишают конкретные группы населения возможности получить высококачественные услуги.

Свободы и права индивидов

Право на планирование семьи открывает путь для индивидов и супружеских пар к получению целого ряда высококачественных *товаров и услуг*, включая широкий набор методов, предназначенных как для мужчин, так и для женщин.

Право на *информацию* в области планирования семьи и на *просвещение* по вопросам полового воспитания является одним из основных прав человека. Люди должны иметь доступ к информации, касающейся сексуального и репродуктивного здоровья, благодаря комплексным программам полового воспитания в школах, специальным кампаниям, консультациям и обучению. Эта информация «должна быть научно выверенной, объективной и свободной от предрассудков и дискриминации» (Центр за репродуктивные права, 2008).

Третий элемент права на планирование семьи — это *осознанное согласие и свобода от дискриминации, принуждения и насилия*. Женщины и мужчины, девочки и мальчики должны быть в состоянии принимать

▼ Мать с ребенком,
Кирибати.
©UNFPA/Ariela Zibiah



осознанные решения без принуждения, дискриминации и насилия (Центр за репродуктивные права и ЮНФПА, 2010; Международная федерация гинекологии и акушерства, Комитет по изучению этических аспектов воспроизводства населения и женского здоровья, 2009).

Обязанности государства

В Программе действий МКНР говорится, что государства должны принять все надлежащие меры для обеспечения — на основе равенства мужчин и женщин — всеобщего доступа к медицинским услугам, включая услуги, связанные с охраной репродуктивного здоровья, которые охватывают планирование семьи и охрану сексуального здоровья. Программы по охране репродуктивного здоровья должны предоставлять самый широкий набор услуг без какого-либо принуждения (ЮНФПА, 1994).

Обязанности государства *уважать, защищать и осуществлять право на информацию и услуги, касающиеся контрацепции*, включают как определенные ограничения их деятельности, так и действия, которые они должны предпринимать по собственной инициативе (Центр за репродуктивные права и ЮНФПА, 2010; Hunt and de Mesquita, 2007).

- **Уважение:** государства должны воздерживаться от вмешательства в осуществление права на планирование семьи, в частности, путем ограничения доступа в результате принятия законов, требующих согласия супруга или родителей, или путем введения запретов на применение какого-либо конкретного метода планирования семьи.
- **Защита:** государства должны также не допускать вмешательства третьей стороны, которая хотела бы ограничить доступ к информации и услугам по вопросам планирования семьи, например, вмешательства фармацевта, который отказывается предоставить разрешенные законом противозачаточные средства.
- **Осуществление:** государства должны принимать законодательные, бюджетные,

судебные и/или административные меры в целях реализации всех прав людей на планирование семьи, для чего может потребоваться, например, субсидирование товаров и услуг.

СТРАТЕГИЯ ЮНФПА ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ НА 2012–2020 ГОДЫ

Цель: обеспечить возможности планирования семьи еще для 120 миллионов женщин в 69 странах к 2020 году.

Стратегия ЮНФПА по планированию семьи опирается на следующие ключевые принципы: основанный на правах человека подход, включая приверженность равенству мужчин и женщин; равные возможности получения услуг для всех людей, независимо от их места жительства и социально-экономического положения; основные направления усилий — инновация и эффективность, стабильность результатов и учет национальных приоритетов.

ЮНФПА твердо намерен обеспечить соблюдение прав человека в ходе проведения в жизнь политики и программ по планированию семьи и делает акцент на двух важнейших направлениях. Все политические курсы, услуги, сведения и сообщения должны соответствовать стандартам в области прав человека, предусматривающим добровольность применения средств контрацепции и высокое качество услуг. При этом необходимо принимать меры в целях сокращения нищеты, маргинализации и гендерного неравенства, которые часто являются коренными причинами нарушений права на планирование семьи и неспособности людей воспользоваться своим правом на планирование семьи (Cottingham, Germain and Hunt, 2012; Центр за репродуктивные права и ЮНФПА, 2010). Делая акцент на правах, ЮНФПА твердо намерен, в частности:

- обеспечивать, чтобы предоставленные противозачаточные средства отвечали особым потребностям людей с учетом их пола;
- информировать мужчин, женщин и молодых людей о наличии противозачаточных средств и о том, где они могут получить их, а также помогать им осуществлять их право на планирование семьи;
- поддерживать как мужчин, так и женщин, чтобы они добивались изменения гендерных стереотипов и устранения культурных барьеров, которые препятствуют доступу к средствам планирования семьи и их применению.

ЮНФПА нацеливает свои усилия на:

- укрепление политической воли и готовности финансировать планирование семьи;
- повышение спроса на услуги по планированию семьи;
- улучшение национального руководства системой снабжения;
- более широкое предоставление и повышение качества услуг по планированию семьи;
- более эффективное распространение знаний о планировании семьи.

Нехватка ресурсов может помешать правительствам немедленно осуществить некоторые экономические, социальные и культурные права, лежащие в основе права человека на информацию и услуги в области планирования семьи. Тогда начинает применяться принцип «постепенного осуществления»: поскольку эти реальности признаются, нормы в области прав человека позволяют государствам демонстрировать, что они принимают меры, «чтобы обеспечить постепенно полное осуществление» этих прав, насколько это позволяют имеющиеся у них ресурсы (Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, 1966).

Государства должны не только выделить ресурсы, но и принять меры с целью включения планирования семьи в национальные проекты и программы в области здравоохранения, а также разработать меры по охране репродуктивного здоровья, которые помогают

▼ Женщины выстроились в очередь, чтобы получить услуги в области планирования семьи. Согласно оценкам, 222 миллиона женщин в развивающихся странах не имеют доступа к современным средствам контрацепции.

©Lindsay Mgbor/Департамент международного развития Соединенного Королевства



отслеживать прогресс на пути к целям планирования семьи, достигаемый на национальном уровне. Ряд «минимальных основных обязанностей» никоим образом не увязан с наличием ресурсов в стране, и поэтому их выполнение не может быть постепенным. К их числу относятся предоставление доступа к информации и услугам по планированию семьи на недискриминационной основе и предоставление основных лекарств, перечисленных в Программе действий Всемирной организации здравоохранения по основным лекарствам, которая охватывает полный набор противозачаточных средств (Центр за репродуктивные права и ЮНФПА, 2010).

Основанный на правах человека подход к планированию семьи

Стандарты в области прав человека, изложенные в международных договорах и получившие развитие в национальных законах и положениях, создают правовую основу для определения форм и оказания доступных, приемлемых и высококачественных услуг в области планирования семьи и информирования населения и для ведения агитации индивидуумами и общинами, которые хотели бы получить такие услуги (Cottingham, Germain and Hunt, 2010). Агитационная работа включает в себя лоббирование того, чтобы международные обязательства нашли отражение в национальных законах, стратегиях и положениях и чтобы была обеспечена ответственность за проведение в жизнь этих законов, стратегий и положений.

Стандарты в области прав человека и авторитетное толкование этих стандартов соответствующими договорными органами (общие замечания) создают набор объективных параметров и критериев, которые помогают трансформировать право на планирование семьи, существующее только в виде теоретической нормы, в политику и программы. В рамках обеспечения такой трансформации сотрудничество в области развития должно

содействовать повышению возможностей «носителей обязанностей» (особенно государств) по выполнению их долга, а также возможностей «обладателей прав» (индивидов и общин) по осуществлению своих прав (Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара по правам человека, 2010). Комитет по экономическим, социальным и культурным правам в своем общем комментарии № 14 относительно права на самый высокий достижимый уровень физического и психического здоровья определил следующие нормативные элементы, которые применимы ко всем основным условиям сохранения здоровья:

Наличие

Обязанность государства обеспечить наличие полного набора средств планирования семьи охватывает предоставление услуг, регламентирование ситуаций, связанных с отказом от выполнения своих функций в силу своих убеждений, регулирование работы частных служб и обеспечение оказания всех услуг, разрешенных законом. Роль государства в защите и осуществлении прав включает принятие мер к тому, чтобы отказ медицинских работников выполнять те или иные функции в силу их убеждений не привел к отсутствию услуг. «Отказ в силу своих убеждений» происходит тогда, когда медицинские работники в силу своих религиозных или иных убеждений не желают предоставлять всю информацию о некоторых возможных вариантах. «Уважая права человека, которыми наделены их пациенты, такие медработники морально обязаны заявить открыто о своих возражениях и направить пациентов к соответствующему другому источнику информации, чтобы пациенты могли получить всю необходимую информацию для принятия правильного решения» (Международная ассоциация гинекологии и акушерства, Комитет по изучению этических аспектов воспроизводства населения и женского здоровья, 2009). В Соединенных Штатах

ЮНФПА ОБЕСПЕЧИВАЕТ НАДЕЖНОЕ СНАБЖЕНИЕ ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

С помощью своей Глобальной программы по улучшению гарантированного контрацептивного обслуживания ЮНФПА обеспечивает надежное снабжение средствами контрацепции в 46 развивающихся странах.

После начала этой программы в 2007 году ЮНФПА мобилизовал 450 млн. долл. США на товары, необходимые для укрепления репродуктивного здоровья, включая противозачаточные средства. Только в 2011 году в рамках этой программы было выделено 32 млн. долл. США на такие товары и 44 млн. долл. США на реализацию инициатив по укреплению национальных систем здравоохранения и повышению их возможностей оказывать услуги в области охраны репродуктивного здоровья.

В 2011 году эта программа финансировала предоставление около 15 млн. ампул с инъекционными контрацептивными препаратами, 1,1 млн. внутриматочных средств, 14 млн. упаковок оральных контрацептивов, 316 тысяч доз экстренно принимаемых оральных контрацептивов, 308 тысяч контрацептивных имплантатов, 253 млн. мужских презервативов и 3,5 млн. женских презервативов.

отказы от выполнения определенных функций в силу своих убеждений регулируются Законом о доступной медицинской помощи. В январе 2012 года Министерство здравоохранения и обслуживания населения США указало, какие профилактические медицинские услуги должны покрываться новыми планами страхования (Galston and Rogers 2010). В этот перечень входят контрацептивные средства и стерилизация, в том числе методы контрацепции в чрезвычайных обстоятельствах. Для церкви все-таки было сделано исключение из этого правила, однако исключение не было сделано для больниц, связанных с определенными конфессиями, и для социальных служб. Если социальные службы ранее не предоставляли таких услуг, им был дан один год для того, чтобы начать выполнять эти новые обязанности. В течение этого года они должны будут обнародовать, какие ограничения распространяются на предоставляемые ими услуги, и предложить сотрудникам давать информацию о других службах, предоставляющих противозачаточные средства по доступным ценам.

«Чтобы эффективно осуществлять свои права, обладатели этих прав должны быть способными получить доступ к информации, организовать, принимать участие, агитировать за изменение политики и добиться своего».

— Управление Верховного комиссара по правам человека и Всемирная организация здравоохранения

Доступность

Даже там, где услуги оказываются, социальные нормы и обычаи могут ограничивать доступ к ним людей. Например, подчинение прав молодых людей правам их родителей может ограничить доступ к информации и услугам и возможности для принятия тех или иных решений. В Программе действий МКНР было признано, что родители должны ставить на первое место подлинные интересы своих детей (на основе положений Конвенции о правах ребенка). С тех пор и в ходе других переговорных процессов, особенно на заседаниях Комиссии по народонаселению и развитию, которые проходили в 2009 и 2012 годах, был

сделан акцент на правах ребенка и на «ответственности и обязанностях» родителей, включая их исключительную ответственность за принятие решений относительно того, сколько у них будет детей и когда они появятся на свет.

Приемлемость

Бывают ситуации, когда информация и соответствующие услуги есть и их можно легко получить желающим. Однако эти возможности не будут использоваться, если эти сведения и услуги считаются неприемлемыми по культурным, религиозным или другим причинам. Например, исследование, проведенное в одном населенном пункте в Мексике, показало, что женщины-католички детородного возраста полагаются в основном на такие методы предотвращения беременности, как прерывание полового акта и периодическое воздержание, а женщины, с которыми провели беседы в ходе данного исследования, говорили, что применение современных противозачаточных средств, таких как противозачаточные таблетки и внутриматочные контрацептивы, противоречит их религиозным убеждениям и поэтому для них неприемлемо (Hirsch, 2008; Hirsch and Nathanson, 2001).

Качество

Для того чтобы услуги по планированию семьи соответствовали основным правам человека, они должны быть определенного качества. После того как в 1990 году впервые было дано определение термина «качество обслуживания», оно получило широкую поддержку (Bruce, 1990). В этом определении центральное место занимает качество с точки зрения потребителя и выделяется ряд конкретных элементов: выбор между средствами контрацепции; точная информация об эффективности данного средства; плюсы и минусы его применения; уровень квалификации тех, кто предоставляет данную услугу; отношения между клиентами и теми, кто обслуживает их,

ЮНФПА, ПРАВА И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ЮНФПА добивается осуществления репродуктивных прав, включая право на наивысший достижимый уровень сексуального и репродуктивного здоровья, путем применения принципов прав человека, равенства мужчин и женщин и учета культурных особенностей страны при проведении работы по охране сексуального и репродуктивного здоровья. В свете этих принципов отдельные люди рассматриваются как активные участники политического процесса, которые способны добиться того, чтобы правительства несли ответственность за выполнение своей обязанности уважать, защищать и осуществлять права человека.

Будучи ведущим учреждением Организации Объединенных Наций, которое содействует укреплению сексуального и репродуктивного здоровья, ЮНФПА добивается правовых, институциональных и политических изменений, распространяет информацию о правах человека и повышает возможности людей контролировать свою половую и репродуктивную жизнь и становиться активными участниками процесса развития. ЮНФПА содействует развитию национальных политических систем и систем обеспечения подотчетности, чтобы все люди имели доступ к достоверной информации по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, а также к высококачественным товарам и услугам в этой области без дискриминации и принуждения любого рода. В то же время ЮНФПА подчеркивает, что необходимо добиваться приемлемости принципов прав человека в конкретной культурной среде, благодаря чему население стало бы считать эти принципы своими.

основанные на уважении осознанного выбора, неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности; дальнейшее наблюдение за клиентами и наличие соответствующего набора услуг. Высококачественные услуги соответствуют стандартам в области прав человека, привлекают новых клиентов, приводят к более широкому использованию методов планирования семьи и уменьшают число нежелательных беременностей (Creel, Sass and Yinger, 2002).

В последние годы сформировалось общее представление о том, как следует понимать слово «качество» в контексте прав человека и планирования семьи. Это понятие включает:

- оказание услуг по планированию семьи в числе других услуг по охране репродуктивного здоровья, таких как профилактика и лечение заболеваний, передаваемых половым путем, и уход за пациентами, сделавшими аборт (Mora et al., 1993);
- запрещение постановки конкретных показателей применения методов планирования семьи, стимулирования и дестимулирования, например, путем выплаты денег женщинам, которые соглашаются на стерилизацию, или медработникам в зависимости от того, сколько женщин они «завлекли» в планирование семьи;
- включение оценки отношений между полами в планы и бюджеты служб планирования семьи (AbouZahr et al., 1996);
- учет таких факторов, как расстояния, которые вынуждены преодолевать клиенты, ценовая доступность и отношение медработников.

Даже в таких непохожих друг на друга странах, как Сенегал и Бангладеш, женщины охотнее используют методы планирования семьи, если качество обслуживания высокое (Sanogo et al., 2003; Koenig, Hossain and Whittaker, 1997). В зависимости прежде всего от того, как женщины, пока не применяющие никакие методы контрацепции, оценивают качество услуг в этой области, они и прини-



▲ Мать с ребенком, Танзания.
©UNFPA/Sawiche Wamunz

мают решение, начинать ли использовать то или иное средство; те же, кто уже прибегает к контрацепции, скорее всего, будут продолжать применять тот же метод. Повышая качество обслуживания, эти программы укрепляют в сознании людей убеждение в том, что они вправе рассчитывать на более высокое качество и других медицинских услуг, и в результате клиенты начинают требовать именно этого (Creel, Sass and Yinger, 2002).

Основанный на правах человека подход к устойчивому развитию предусматривает, что как результаты, так и процессы их получения одинаково важны. Стандарты в области прав человека определяют постановку задач развития и содержание проводимых мероприятий, в том числе удовлетворение существующих потребностей в области планирования семьи. Благодаря принципам прав человека процессы развития приобретают

«Плохое состояние здоровья является одним из нарушений прав человека, если оно частично или полностью представляет собой следствие того, что носитель обязанностей — чаще всего это государство — не выполнил ту или иную обязанность, касающуюся уважения, защиты или осуществления прав человека. Стремясь к сексуальному и репродуктивному здоровью, человек сталкивается с препятствиями. С точки зрения прав человека один из главных вопросов заключается в следующем: делают ли все возможное для устранения этих препятствий те, кто несет ответственность за это?»
— (Hunt and de Mesquita, 2007).

качество и легитимность. Такие процессы должны охватывать всех, в их основе должно быть широкое участие, и они должны быть транспарентными. Чрезвычайно важно уделять внимание прежде всего правам и нуждам тех групп населения, которые отстали от других и были исключены из участия в вышеупомянутых процессах вследствие систематической дискриминации и маргинализации.

Разработке эффективных программ планирования семьи, основанных на правах человека, содействуют следующие три общих принципа:

- **участие** — твердое намерение привлекать основные заинтересованные стороны, особенно самые уязвимые слои населения, ради которых и проводятся эти программы, на всех этапах принятия решений – от разработки политики и реализации программ до мониторинга (ЮНФПА, 2005);
- **равенство и недискриминация** — твердое намерение обеспечить, чтобы все люди

пользовались своими правами человека, независимо от пола, расы, возраста или какого-либо другого статуса;

- **ответственность** — необходимо создать механизмы для обеспечения того, чтобы правительства выполняли свои обязанности, касающиеся предоставления информации и услуг в области планирования семьи. Несение ответственности включает создание систем мониторинга и оценки с ясными контрольными показателями и целями, чтобы можно было определить, как проводится в жизнь политика правительства по осуществлению прав человека. Системы мониторинга и оценки очень важны, поскольку они дают правительствам возможность выявить главные препятствия на пути планирования семьи и группы населения, которые сталкиваются с наибольшими трудностями вследствие наличия этих препятствий. Мониторинг и оценка дают также конкретным людям — обладателям прав — и

▼ Во Вьетнаме расширено оказание услуг по охране репродуктивного здоровья, которые включают планирование семьи, дородовой и послеродовой уход и профилактику ВИЧ-инфекции.

©UNFPA/Doan Bau Chau



С точки зрения ЮНФПА, главные преимущества применения основанного на правах человека подхода к программам охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, заключаются в том, что такой подход:

- содействует осуществлению прав человека и помогает правительствам, являющимся нашими партнерами, выполнять их обязательства в области прав человека;
- приводит к более широкому и активному участию местного населения;
- повышает уровень транспарентности;
- содействует достижению результатов (и согласуется с системой управления, ориентированного на достижение конкретных результатов);
- укрепляет подотчетность;
- уменьшает уязвимость благодаря направлению основных усилий на решение проблем самых маргинализированных и обездоленных слоев общества;
- ведет к долгосрочным изменениям, поскольку основанные на правах человека программы оказывают более значительное влияние на нормы, ценности, структуры, политику и практику.

общинам информацию, позволяющую призвать правительства к ответственности в тех случаях, когда права человека нарушаются.

Заключение

Сотни миллионов мужчин и женщин во всем мире хотят иметь детей по осознанному решению, а не в силу случайных обстоятельств. Многие их сограждане — лучше обеспеченные и более образованные, видимо, успешно осуществляют это свое право (Foreit, Karra and Pandit-Rajani, 2010; Loaiza and Blake, 2010; Всемирная организация здравоохранения, 2011). В Программе действий МКНР это право на планирование семьи рассматривается в контексте прав на сексуальное и репродуктивное здоровье и репродуктивных прав, причем особое внимание уделяется потребностям конкретных групп населения, лишенных возможности осуществлять эти права, и равенству мужчин и женщин.

В докладе этого года о народонаселении мира использована основа, заложенная предыдущими докладами о правах человека и охране здоровья, подготовленными ЮНФПА и Центром за репродуктивные права, которые стали охватывать своей деятельностью маль-

чиков и мужчин, поскольку многие из них также хотели бы участвовать в планировании семьи, но, как правило, были исключены из числа участников этой дискуссии. В докладе также особо подчеркивается контекст сексуальных отношений, в котором индивиды и супружеские пары принимают решения о планировании семьи. В настоящем докладе обосновывается идея о том, что необходимо уделять особое внимание обеспечению равноправного доступа различных групп населения к средствам планирования семьи, прежде всего с учетом социально-экономических раз-

«При подходе к вопросам устойчивого развития на основе прав человека в равной мере учитывается важность как конечных результатов, так и путей их достижения».

личий, существующих практически *во всех странах мира*.

Право на планирование семьи зиждется на прочной основе целого ряда международных договоров и конвенций, получивших одобрение международного сообщества, а его другой надежный фундамент — это права человека. Кроме того, право на планирование семьи дает возможность осуществить и другие права .



Анализ данных и тенденций для понимания проблем

Глобальные тенденции в сфере рождаемости

В прошлом году численность населения мира составила более 7 миллиардов человек и, согласно прогнозам, к 2050 году превысит 9 миллиардов. В целом, наибольший прирост населения наблюдается в беднейших странах, где показатели рождаемости самые высокие, где правительства испытывают нехватку ресурсов для удовлетворения растущих потребностей населения в услугах и инфраструктуре, где возможности трудоустройства отстают от потребностей, создаваемых притоком новой рабочей силы на рынки труда, и где многие группы населения сталкиваются с огромными трудностями в оценке информации и услуг в области планирования семьи (Бюро по демографической информации, 2011; ЮНФПА, 2011b).

Повсюду в мире рождаемость продолжает медленно снижаться. Однако между более развитыми и менее развитыми регионами

существует большие различия. Это относится прежде всего к району Африки к югу от Сахары, где женщины рожают в среднем в три раза больше детей, чем женщины в более развитых регионах мира (5,1 против 1,7 деторождений на одну женщину).

Эти различия во многом отражают стремление населения Африки к югу от Сахары иметь более многочисленные семьи, однако, поскольку большинство женщин в этом реги-

оне хотят иметь сейчас меньше детей (Westoff and Bankole, 2002), различия в уровнях рождаемости все больше указывают на огра-

ниченный и неравный доступ населения развивающегося мира к средствам предотвращения незапланированной беременности.

Нищета, гендерное неравенство и социальные проблемы являются причинами сохранения высокой рождаемости. Однако почти во всех наименее развитых странах отсутствие надлежащего доступа населения к услугам

в области добровольного планирования семьи является одним из определяющих факторов в этом вопросе.

Уровень рождаемости

Общий уровень рождаемости (число деторождений)

Весь мир.....	2,5
Более развитые.....	1,7
Менее развитые.....	2,8
Наименее развитые.....	4,5
Африка к югу от Сахары.....	5,1

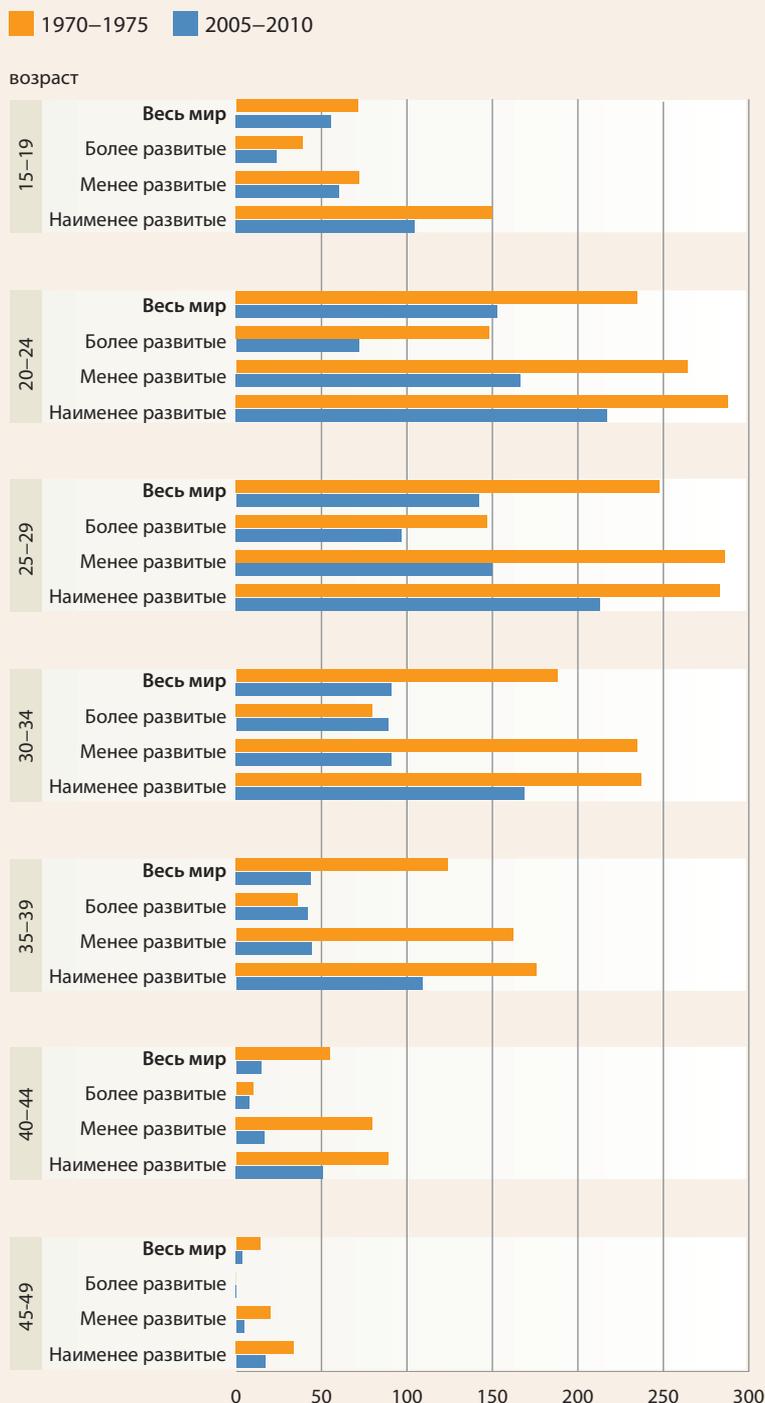
Источник: Организация Объединенных Наций, 2011а

◀ В Мали: супружеская пара с их сыновьями.

©Panos/Giacomo Pirozzi

ДИНАМИКА КОЭФФИЦИЕНТОВ РОЖДАЕМОСТИ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ

(ЧИСЛО ДЕТОРОЖДЕНИЙ НА 1000 ЖЕНЩИН)



Источник: Организация Объединенных Наций, 2011а.

Кто пользуется услугами в области планирования семьи?

В последние годы применение методов современного планирования семьи во всем мире, измеряемое уровнем распространенности контрацептивов, растет весьма скромными темпами — на 0,1 процента в год, то есть медленнее, чем в предыдущем десятилетии (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2011). Этот самый скромный прирост объясняется отчасти значительным увеличением числа замужних женщин детородного возраста — на 25 процентов в период 2000–2010 годов в 88 странах, которые получали средства контрацепции в качестве донорской помощи (Ross, Weissman and Stover, 2009). К настоящему времени в результате высокой плодовитости в более раннем возрасте еще больше людей в развивающихся странах достигло репродуктивного возраста, поэтому удовлетворение потребностей еще большего числа женщин в средствах контрацепции привело лишь к очень незначительному росту процентного показателя охвата населения услугами по планированию семьи.

Во всем мире примерно три из четырех женщин репродуктивного возраста от 15 до 49 лет, которые сексуально активны и могут забеременеть, но пока не забеременели и не желают этого, используют сейчас средства контрацепции (Singh and Darroch, 2012). Во всех странах мира большинство женщин, имеющих образование и хорошо обеспеченных, пользуется услугами в области планирования семьи. В Восточной Азии 83 процента замужних женщин прибегают к контрацепции (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2011). И, напротив, в беднейших регионах мира уровни распространенности контрацептивов самые низкие, а темпы роста их применения самые медленные. В странах Африки к югу от Сахары в 2010 году женщины применяли средств контрацепции меньше, чем женщины в других регионах в 1990 году.

Подходы в отношении определения размера семьи и применения средств контрацепции претерпели огромные изменения в 1970-х годах, когда супружеские пары имели в среднем по пять детей на семью. Сегодня они имеют в среднем по 2,5 ребенка на семью (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2011). Рост применения средств контрацепции является главной причиной снижения рождаемости в развивающихся странах (Singh and Darroch, 2012). Хотя уровни распространенности контрацептивов стабилизировались после 2000 года, стремление иметь меньше детей в семье сохраняется во всем мире и укрепляется в развивающихся странах.

Применение зависит от уровня дохода

В большинстве обследований приводится расчет уровня национального богатства, который разбивается по квинтилям — от 20 процентов самого бедного населения до 20 процентов самых богатых. Анализ демографических обследований с использованием таких квинтилей может помочь выявить неравенство и потребности в области планирования семьи внутри стран, особенно когда есть еще данные с разбивкой по городскому и сельскому населению и другим важным параметрам доступа (инициатива в области политики здравоохранения, цель 1, 2010).

Поскольку нищета имеет свои особенности в конкретных условиях, некоторые ученые предлагают сейчас ввести классификацию по квинтилям городского и отдельно по квинтилям сельского населения, с тем чтобы иметь более полную картину неравенства в смысле нищеты и богатства между городом и деревней. Этот подход позволяет сравнить различный опыт живущих в нищете женщин в городах и относительно богатых женщин, живущих в сельской местности. Исследование по 16 странам Африки, Азии и Латинской Америки и Карибского бассейна выявило тесную взаимосвязь между применением услуг по пла-

нированию семьи, социально-экономическим статусом и местом проживания (Foreit, Karra and Pandit-Rajani, 2010).

В таких странах, как Бангладеш, уровень распространенности современных контрацептивов одинаковый по всем квинтилям уровня доходов у городского и сельского населения: есть лишь номинальное различие в применении средств контрацепции между богатыми и бедными в городах, а также между самыми богатыми и самыми бедными в сельской местности (обследования народонаселения и здравоохранения, 2007). В Бангладеш уровень распространенности контрацептивов выше (на 6 процентов) в городах. Аналогичные результаты, подтверждающие правильность упора на сельские районы, были получены в Перу, и такая же ситуация в Боливии, Замбии, на Мадагаскаре, в Танзании и Эфиопии (инициатива в области политики здравоохранения, цель 1, 2010). В ряде стран, таких как Нигерия (обследования народонаселения и здравоохранения, 2008), применение современных средств контрацепции растет по мере роста уровня доходов населения, проживающего как в город-

▼ Ученицы средней школы в Бухаресте (Румыния) читают брошюру об использовании презервативов.
©Panos/Peter Barker



СЕКСУАЛЬНОСТЬ, СЕКСУАЛЬНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ И ОГРАНИЧЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВАЗЕКТОМИИ

Недостаточность информации об услугах, касающихся вазектомии, и ограниченность доступа к ним могут нанести ущерб правам и здоровью мужчин и женщин, которые, — если бы они получили соответствующую информацию, — могли бы сделать свой выбор в пользу этой относительно безопасной, простой, обеспечивающей пожизненный результат и неинвазивной процедуры, а не в пользу женской стерилизации. Мужчины, которые выбирают вазектомию, соглашаются на этот метод, дающий долговременный результат, после обдумывания многих физиологических, психологических, социальных и культурных факторов. Во многих странах люди плохо понимают, что такое мужская стерилизация, и считают ее угрозой для половой жизни мужчины и его мужских способностей.

Если мужчины и женщины получают доступ ко всему диапазону информации и услуг в области планирования семьи, то, возможно, окажется больше пар, желающих остановить свой выбор на вазектомии как самом предпочтительном методе контрацепции. Низкая популярность вазектомии отражает ограниченность доступа к соответствующей информации об этой процедуре, институциональные предубеждения против этого метода и личные опасения относительно последствий вазектомии для половой жизни, мужской силы и способности получить удовлетворение.

Источники: Landry and Ward, 1997; Greene and Gold, n.d.; EngenderHealth, 2002.

ских, так и в сельских районах. Основное различие заключается в темпах изменений: более обеспеченные люди в сельской местности применяют средства контрацепции чаще, чем малоимущие в городах. Эти результаты подтверждают правильность упора на городскую бедноту, особенно если существуют аналогичные расхождения между показателями, отражающими негативное состояние сексуального и репродуктивного здоровья.

Уровень образования влияет на желаемый размер семьи, использование услуг по планированию семьи и рождаемость

От уровня образования зависят планы насчет размеров семьи, применение средств контрацепции и рождаемость. Изучение ситуации в 24 странах Африки к югу от Сахары показало, что подростки, которые чаще других стано-

вятся матерями, принадлежат к бедным слоям населения, не имеют образования и живут в сельских районах (Lloyd, 2009). Не имеющие образования девочки-подростки в возрасте от 15 до 19 лет рожают в четыре с лишним раза чаще, чем девочки, которые по крайней мере учились в средней школе. Аналогичный разрыв существует в зависимости от уровня доходов и места проживания. И этот разрыв в таких странах только увеличивается: за последнее десятилетие число деторождений среди девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет, не имеющих образования, вырос примерно на 7 процентов, а среди девочек, окончивших среднюю школу, снизился почти на 14 процентов (Loaiza and Blake, 2010).

Все более значительное расхождение показателей деторождения среди образованных и необразованных девочек отражает такое же расхождение в практике применения средств контрацепции. Как выяснилось, в странах Африки к югу от Сахары девочки со средним образованием пользуются противозачаточными средствами в четыре с лишним раза чаще, чем девочки без образования (Lloyd, 2009).

В то время как применение контрацептивов в среде образованных девочек-подростков несколько выросло в период между этими двумя обследованиями и достигло в целом 42 процентов, в среде необразованных девочек таких изменений не произошло. Не более чем один из 10 подростков пользуется контрацептивами, несмотря на то, что у каждой четвертой девочки в этих странах, независимо от уровня благосостояния, образования и места проживания, есть неудовлетворенные потребности в планировании семьи. Эти цифры свидетельствуют о том, что усилия по улучшению доступа молодежи к услугам по охране репродуктивного здоровья путем расширения сети по обслуживанию именно молодежи не принесли пользы молодым женщинам, которые находятся в нищете, проживают в сельских районах и плохо образованы. Именно те, кто больше всего нуждается

в этих услугах, больше всего лишен их (Loaiza and Blake, 2010). Позитивные результаты в области планирования семьи, достигнутые благодаря образованию, объясняются, скорее всего, тем, что более образованные женщины выходят замуж позднее и реже, более эффективно применяют методы контрацепции, лучше осведомлены в вопросах предохранения, имеют более широкий доступ к противозачаточным средствам, более самостоятельно принимают решения, касающиеся их репродуктивного поведения, и лучше понимают социально-экономические последствия незапланированного появления потомства (Bongaarts, 2010).

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ориентированные на молодежь услуги в Малави

Потребности в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья подростков и молодежи в Малави не удовлетворяются надлежащим образом, как, впрочем, и в других странах Африки. Нехватка информации, огромные расстояния до соответствующих учреждений и плохое обслуживание входят в число причин высокой частотности незапланированной беременности и ВИЧ-инфицирования. ЮНФПА работает в партнерстве с Министерством здравоохранения Малави и Малавийской ассоциацией по вопросам планирования семьи в целях предоставления комплексных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья молодежи с учетом ее интересов.

Малавийская ассоциация по вопросам планирования семьи оказывает свои услуги в многоцелевых молодежных центрах, а также через общинные и мобильные службы; они укрепляют свою инфраструктуру в рамках усилий по улучшению качества медицинского обслуживания молодых людей. Услуги охватывают такие аспекты, как контрацепция, включая экстренную контрацепцию,

тестирование на беременность, лечение заболеваний, передающихся половым путем, консультирование по вопросам, касающимся ВИЧ-инфекции и тестирования на ВИЧ-инфекцию, антиретровирусная терапия, лечение сопутствующих заболеваний, тестирование на рак шейки матки и его лечение, консультирование по общим вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, уход в период после аборта, а также дородовый и послеродовый уход за матерями подросткового возраста. Эти услуги пропагандируются в газетах, объявлениях и при непосредственном общении. Расширение инфраструктуры, участие молодежи в оказании услуг, интеграция медицинских служб для обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья и борьбы с ВИЧ, а также частые опросы мнений молодых клиентов — все это привело к повышению качества услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и значительному росту клиентуры. ■

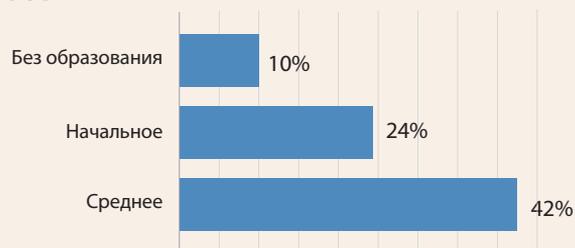
Взаимосвязь между школьным образованием, обращением за услугами по планированию семьи и рождаемостью наиболее очевидна в подростковом возрасте. Однако влияние уровня образования на желаемый размер семьи и на применение методов контрацепции прослеживается и в зрелом возрасте. Приводимые ниже цифры показывают, что в странах Африки к югу от Сахары женщины со средним образованием обращаются за услугами по планированию семьи в четыре раза чаще, чем женщины, не имеющие школьного образования. Это является отражением как предпочтений в отношении числа детей, так и различий в доступе к услугам по планированию семьи (ЮНФПА, 2010).

Получение услугами в области планирования семьи и место жительства

В странах Африки к югу от Сахары в городах контрацепцию используют в два раза чаще, чем в сельской местности. Многие страны, осо-

У САМЫХ БЕДНЫХ И МАЛООБРАЗОВАННЫХ ЖЕНЩИН В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ СТРАН АФРИКИ К ЮГУ ОТ САХАРЫ САМЫЕ НИЗКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

ОБРАЗОВАНИЕ



УРОВЕНЬ ДОХОДА



РАЙОНЫ ПРОЖИВАНИЯ



Распространенность контрацепции с разбивкой по основным характеристикам в 24 странах Африки к югу от Сахары по данным самого последнего обследования, 1998-2008. (Процент женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке или в союзе, применяющих какой-либо метод контрацепции)

Источник: обследования народонаселения и здравоохранения (на основе данных, приведенных в приложении III).

бенно самые бедные, стараются организовать контрацептивное обслуживание в сельских районах. Кроме того, у сельских жителей обычно меньше возможностей отдавать своих детей в школу, а это еще один важный фактор, определяющий желание иметь меньше детей и пользоваться услугами по планированию семьи.

Потребности в области планирования семьи в течение жизни меняются

Обзор глобальных данных показывает, что сексуальная активность меняется на протяжении жизни человека. В своей сексуальной активности женщины и мужчины руководствуются разными мотивами при различных обстоятельствах на том или ином этапе своей жизни. Личное решение вступить в половые отношения не всегда продиктовано желанием завести детей. Во многих случаях — если нет принуждения, эксплуатации или насилия — сексуальное поведение является просто выражением стремления человека к близости и установлению отношений.

Молодые люди

Хотя большинство молодежи сексуально активны в браке, многие молодые люди сексуально активны и вне брака. В наши дни начало половой жизни у девочек-подростков происходит все чаще вне брака, хотя нередко с будущим мужем (McQueston, Silverman and Glassman, 2012; Национальный научно-исследовательский совет и Медицинский институт, 2005). Снижение возраста наступления месячных вполне может способствовать росту угроз для репродуктивного здоровья молодых женщин, поскольку увеличивается число лет между наступлением половой зрелости и заключением брака. Очень ранние половые контакты (в возрасте 14 лет и моложе) по-прежнему характерны примерно для трети девочек в Бангладеш, Мали, Нигере и Чаде (Dixon-Mueller, 2008). Процентная доля девочек, которые идут на этот шаг, может варьироваться в очень широких пределах

(от 40 до 80 процентов), например, в странах Африки к югу от Сахары.

Мальчики намного реже, чем девочки, становятся сексуально активными до 15-летнего возраста, в то время как ранние договорные браки для девочек являются обычной практикой. Однако в тех странах, где такие браки менее распространены, мальчики во многих случаях более склонны к тому, чтобы начинать половую жизнь раньше своих сверстниц. Как отмечают некоторые ученые, «тенденция начинать свою половую жизнь вне брака может быть полезной для сексуального и репродуктивного здоровья девочек», поскольку внебрачные половые отношения обычно предполагают более редкие и чаще защищенные половые сношения, чем между супругами (Clark, Bruce and Dude, 2006).

Женщины и мужчины сталкиваются с различными проблемами в период с раннего подросткового возраста до того, как они станут молодыми взрослыми. Большинство молодых людей не вступает в половые отношения по согласию для того, чтобы преждевременно стать матерями и отцами. Во всем мире молодые люди все чаще откладывают вступление в брак. У женщин (только у тех, кто вступает в брак до 50-летнего возраста) расчетный средний возраст вступления в брак вырос в 100 из 114 стран, по которым есть данные, начиная с 1970 года (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2011b).

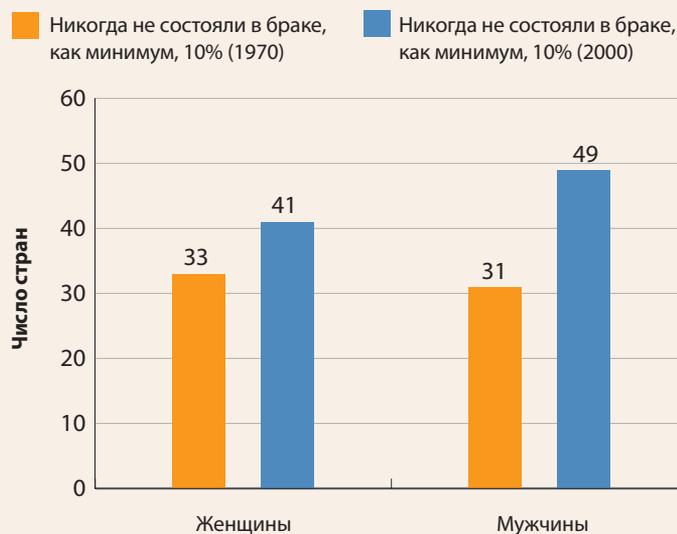
Однако во многих странах раннее начало супружеской и половой жизни обрекает молодых женщин на жизненный путь, чреватый несколькими более серьезными угрозами. В целом ряде регионов девочки по-прежнему значительно чаще, чем их сверстники-мальчики, вступают в брак и начинают вести половую жизнь в юном возрасте. Хотя молодые женщины могут вступать в половые отношения раньше, исследования показывают, что молодые мужчины чаще, чем их сверстницы, имеют половые отношения с кем-либо, кто с ними не

сожительствует (ЮНФПА, канцелярия заместителя Директора по вопросам политики и практики, 2011). Эти детали помогают конкретизировать задачи планирования семьи применительно к молодежи и дают более полное представление о том, почему молодые мужчины чаще пользуются презервативами, чем молодые женщины.

Взрослое население

Хотя возраст вступления в первый брак повысился, большинство женщин и мужчин в конечном счете вступают в брак или живут в союзах по согласию (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2009). В результате этого деторождение обычно происходит в юридически признанных союзах — и эта реальность соответствует существующим в большинстве стран представлениям о том, что дети должны появляться у супружеских пар. Однако последние данные свидетельству-

ЧИСЛО СТРАН, ГДЕ НЕ МЕНЕЕ 10 ПРОЦЕНТОВ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН НИКОГДА НЕ ВСТУПАЮТ В БРАК



Источник: ООН, ДЭСВ, Отдел по вопросам народонаселения (2009). Данные о заключении браков во всем мире за 2008 год (POP/DB/Marr/Rev2008).



▲ В Камеруне местный консультант по вопросам планирования семьи посещает семью на дому.

©UNFPA/Alain Sibener

ют о том, что потребности взрослых людей в услугах по планированию семьи все чаще возникают тогда, когда они не состоят в браке, живут раздельно по решению суда или разведены.

Сегодня взрослые люди живут вне брака дольше, чем предыдущие поколения, и их потребности в планировании семьи отражают эти реальности. Как в развивающихся, так и в развитых странах доля взрослого населения, никогда не состоявшего в браке, растет. За последние 40 лет число стран, где как минимум 10 процентов женщин никогда не выходили замуж (до 50 лет), увеличилось с 33 до 41; число стран, в которых не менее 10 процентов мужчин никогда не женились, увеличилось с 31 до 49.

Союзы по согласию составляют все более значительную долю партнерств по совместному проживанию, а эти партнерства менее стабильны и более изменчивы, чем официальные браки. В странах Латинской Америки и Карибского бассейна более четверти женщин в возрасте от 20 до 34 лет живут в рамках союзов по согласию (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2009). Такие союзы

менее распространены в странах Африки к югу от Сахары и в Азии, где союзы такого типа охватывают около 10 и 2 процентов, соответственно. Во всем мире доля взрослых людей (в возрасте от 35 до 39 лет), которые разведены или раздельно проживают по постановлению суда, увеличилась с 2 до 4 процентов с 1970 по 2000 год; эта тенденция особенно характерна для развитых стран, но прослеживается и в других странах (Организация экономического сотрудничества и развития, 2010).

Предпочитаемые методы

Современные методы планирования семьи в последние годы стали более популярными в Восточной Африке, особенно в Малави, Руанде и Эфиопии, а также в Юго-Восточной Азии, зато они не получили более широкого распространения в Центральной и Западной Африке (Singh and Darroch, 2012). Когда женщины имеют выбор методов контрацепции, на их предпочтения оказывает влияние несколько факторов. В первую очередь это побочные последствия для здоровья, простота применения и предпочтения партнера (Bradley, Schwandt and Khan, 2009; Darroch, Sedgh and Ball, 2011). Например, согласно оценкам, 34 из

104 миллионов женщин, у которых потребности в современных методах контрацепции не удовлетворены из-за трудностей с выбором подходящего метода, хотели бы, чтобы такие методы не создавали проблем для здоровья и не имели побочных последствий, или чтобы по крайней мере было ощущение, что они не создают таких проблем (Singh and Darroch, 2012). Рассчитанные на длительное применение методы, такие как внутриматочные контрацептивы и инъекционные препараты, требуют менее частых посещений клиники и менее зависят от способности человека не забывать, что их надо применять регулярно. Отдельные люди и супружеские пары, которые используют те или иные методы контрацепции, также сопоставляют эффективность этих методов и статистику их неудачного применения с тем, как они сказываются на возможности получить сексуальное удовлетворение.

В некоторых случаях женщины втайне применяют «методы-невидимки», такие как инъекционные препараты, из опасений, что их мужья могут этому воспротивиться. Поскольку женщины все больше стремятся сами контролировать свое репродуктивное поведение или хотели бы этого, а теперь все лучше понимают, что они в состоянии сделать это, некоторые из них предпочитают подавить сопротивление, применяя такие средства контрацепции, которые останутся необнаруженными их партнерами. Есть исследования и рассказы очевидцев о том, что одной из причин быстро растущего применения инъекционных препаратов (на 6—20 процентов) в странах Африки к югу от Сахары и в других регионах является их скрытное применение женщинами, которые считают, что они должны утаивать применение контрацепции от своего супруга, семьи или общины (Biddlecom and Fapohunda, 1998).

Эффективность методов

Методы длительного применения, такие как импланты и внутриматочные спирали,

являются очень эффективными средствами предотвращения беременности, причем во многом потому, что они не требуют ежедневных или регулярных действий, таких как прием таблетки или очередная своевременная инъекция. Оральные контрацептивы, контрацептивный пластырь, внутриматочная спираль, инъекционные препараты и барьерные методы — все они намного эффективнее при «абсолютно правильном применении», чем при «типичном применении», когда люди забывают о том, что нужно сделать, или применяют данный метод неправильно.

Большинство современных методов высокоэффективны, если они применяются правильно и регулярно. Методы определения благопри-

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ

Методы в порядке убывания их эффективности: от наибольшей к наименьшей	Число беременностей на 100 женщин в первый год типичного применения
Имплантат	0,05
Вазектомия	0,15
Женская стерилизация	0,5
Внутриматочное противозачаточное средство (ВМС) (медьсодержащее — Copper T)	0,8
ВМС, высвобождающее левоноргестрел	0,2
Инъекционные препараты — 3 месяца	6
Внутриматочная спираль	9
Пластырь	9
Комбинированные оральные контрацептивы	9
Диафрагма	12
Мужской презерватив	18
Женский презерватив	21
Контрацептивная губка	12–24
Прерванный половой акт	22
Методы определения благоприятного периода для зачатия: обычные дни; двухдневный; по графику базальной температуры	24
Спермициды	28
Никакие методы не применяются	85

Источник: Институт Гутмахера, 2012 — на основе данных по Соединенным Штатам.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ В МИРЕ В РАЗБИВКЕ ПО МЕТОДАМ



Источник: Организация Объединенных Наций. Статистика применения средств контрацепции во всем мире за 2011 год.

ятного периода для зачатия также довольно эффективны, если пользоваться ими правильно, и порой их предпочитают женщины, имеющие возражения религиозного характера против других форм контрацепции. Даже наименее эффективные методы в несколько раз лучше предотвращают беременность, чем их неприменение. Примерно 85 из 100 женщин, ведущих активную половую жизнь, которые предпочли не применять никаких методов, забеременеют в течение первого года (Институт Гутмахера, 2012).

Эффективность метода — измеряемая числом беременностей на 100 женщин в первый год типичного применения, — варьируется от 0,05 для имплантов до 28 для спермицидов, по сравнению с 85 в случае неприменения никаких методов (Институт Гутмахера, 2012). Во всем мире примерно одна из трех женщин, применяющих контрацептивные методы, полагается на женскую стерилизацию. Примерно каждая четвертая женщина полагается на внутриматочные контрацептивы. Более одной из 10 доверяют традиционным методам, в основном

таким как прерывание полового акта и календарный метод.

Применение методов контрацепции зависит от их доступности, простоты применения и наличия информации

У женщин могут быть неудовлетворенные потребности в средствах предохранения от беременности, или же они могут прервать их применение, поскольку их не удовлетворяют имеющиеся варианты (Frost and Darroch, 2008; Bradley, Schwandt and Khan, 2009). Большинство из имеющихся в наличии вариантов основано на технологиях, разработанных в 1960-х и 1970-х годах, и с тех пор на разработку и распространение новых методов направлялись лишь чисто номинальные инвестиции (Harper, 2005; Darroch, 2007). Для того чтобы национальные усилия по обеспечению осуществления прав женщин и мужчин принесли свои плоды, надо не только повысить качество предоставляемой информации о современных методах, но и сделать инвестиции в разработку новых методов контрацепции, в том числе таких, которые не вызывают систематических побочных последствий, могут использоваться по мере необходимости и не требуют участия или осведомленности партнера (Darroch, Sedgh and Ball, 2011).

Одними только новыми методами невозможно решить проблему неудовлетворенности потребностей в средствах контрацепции. Однако более современные методы, которые правительства недавно одобрили, могли бы дать женщинам возможности для осуществления их права на более надежные и безопасные средства предохранения от беременности. Согласно результатам исследований, основные причины прекращения применения контрацептивных методов — побочные эффекты и опасения в связи с ними — являются в то же время основными причинами медленных темпов снижения уровня неудовлетворенных потребностей в области контрацепции (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

Эффективность и наличие полного набора методов являются элементами спроса, но в то же время отражают предложение. Качество услуг может быть низким, и может получиться так, что большинство людей лишено возможности использовать весь набор имеющихся методов; в результате этого планирование семьи может потерять свою привлекательность для них, даже если они хотят отсрочить или прервать беременность.

Применение средств планирования семьи и надежность снабжения

Выбор методов контрацепции постоянно растет, особенно в развитых странах. Однако в развивающихся странах выбор намного меньше, хотя в настоящее время он расширяется и теперь часто включает инъекционные препараты и импланты, а не только оральные средства и презервативы. Закупить средства контрацепции — это одна задача, а распространить их — это другая задача: подавляющая часть международной финансовой поддержки применения презервативов направлена на их закупку, но при этом лишь относительно небольшая часть денег идет на разработку программ.

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Поставки в Свазиленде

Доступ к товарам и их надежное снабжение абсолютно необходимы для осуществления права человека на планирование семьи. Как и в других африканских странах, в Свазиленде были случаи исчерпания товарных запасов, в результате чего людям трудно делать свой выбор и быть уверенным в том, что можно будет полагаться на какой-либо конкретный метод. Программа гарантированного контрацептивного обслуживания была направлена главным образом на поставку противозачаточных средств правительствами, но ее результаты были плохими.

В рамках своих усилий по снижению высокой материнской смертности и подростковой



беременности Свазиленд сделал инвестиции в программу гарантированного контрацептивного обслуживания. Министерство здравоохранения стало укреплять свои отношения с гражданским обществом и ЮНФПА, наладив в 2011 году партнерские отношения со Свазилендской ассоциацией в защиту семейной жизни, Обществом специалистов по управлению здравоохранением и ЮНФПА, чтобы улучшить работу по реализации программ. Его общая цель заключалась в повышении эффективности деятельности системы здравоохранения по снабжению средствами, необходимыми для охраны репродуктивного здоровья, с помощью трех стратегий: были укреплены национальные системы для обеспечения гарантированного контрацептивного обслуживания; была проведена работа с кадрами в целях улучшения осуществления, мониторинга и представления отчетности; были приняты меры по укреплению политической воли и желания выделять финансовые

▲ Супружеская пара пришла в сельскую клинику, оказывающую услуги по планированию семьи, Минданао (Филиппины).
©Panos/Chris Stowers

средства на гарантированное контрацептивное обслуживание. Если судить по обычным меркам, то достигнут успех благодаря более широкому применению средств контрацепции. Однако не меньшее значение имеет тот факт, что возросло число учреждений, предлагающих услуги в области планирования семьи, а также повысилось их качество. ■

Традиционные методы планирования семьи остаются популярными

Традиционные методы планирования семьи по-прежнему широко применяются, особенно в развивающихся странах. Данные обследований зачастую не показывают, почему люди охотнее пользуются традиционными, а не современными методами планирования семьи.

«Хотя решение навсегда отказаться от деторождения может быть нелегким, стерилизация является самым распространенным методом планирования семьи во всем мире, и им пользуется более чем каждая пятая замужняя женщина».

К традиционным относятся такие методы, как периодическое воздержание, прерывание полового акта, лактационная аменорея (продолжительный период грудного вскармливания) и народные средства; таким образом, их эффективность совершенно различная. Сравнительные исследования в различных странах подтверждают, что женщины, пользующиеся современными методами контрацепции, беременеют гораздо реже, чем женщины, полагающиеся на традиционные методы (Trussell, 2011).

Несмотря на тенденцию к включению всех традиционных методов в одну категорию, не все они являются одинаковыми. В ряде стран успешно применяются несовременные, то есть традиционные методы. Например, прерывание полового акта традиционно применяется имеющими образование супружескими парами в Иране и Турции и широко используется для предотвращения беременности на Сицилии и

в Пакистане (Cottingham, Germain and Hunt, 2012; Erfani, 2010). В работах по демографии и медицине «coitus interruptus» характеризуется как «абсолютно неэффективный народный метод», несмотря на то, что он широко распространен в таких странах, как Иран и Турция, и примерно так же эффективен, как презервативы (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

Женские методы планирования семьи применяются чаще, чем мужские методы

В Программе действий МКНР отмечается, что «особое внимание необходимо уделять разработке новых методов регулирования рождаемости для мужчин», и предусматривается участие в этом частных предприятий. В ней содержится обращенный к странам настоящий призыв предпринять особые усилия, с тем чтобы повысить степень ответственности и участия мужчин в процессе планирования семьи (пункт 12.14). С тех пор прошло почти 20 лет, но ни один новый мужской метод так и не получил широкого распространения. Поскольку у мужчин выбор средств контрацепции был невелик, на МКНР лишь немногие предвидели, что мужчины станут принимать активное участие в планировании семьи. Сегодня, даже если все традиционные методы, требующие участия мужчин (календарный метод, прерывание полового акта и другие), объединить с использованием мужских презервативов, окажется, что на мужские методы приходится всего около 26 процентов всех случаев применения контрацепции во всем мире (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2011).

Женская стерилизация применяется гораздо чаще, чем мужская стерилизация. Хотя решение навсегда отказаться от деторождения может быть нелегким, стерилизация является самым распространенным методом планирования семьи во всем мире, и им пользуется более чем каждая пятая замужняя женщина. Практически повсюду женщины

гораздо чаще подвергаются стерилизации, чем мужчины. Например, в Колумбии, где 78 процентов женщин в настоящее время пользуются противозачаточными средствами, стерилизована почти треть всех женщин (31 процент) по сравнению лишь с двумя процентами мужчин (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2011). Поскольку со временем уровень желаемой плодovitости снижается, создавшие семью в молодом возрасте супружеские пары перестают рожать детей в более молодом возрасте. После рождения желаемого ими числа детей эти еще молодые супружеские пары, возможно, будут вынуждены избегать нежелательной беременности в течение еще целых 25 лет, вследствие чего методы пожизненной контрацепции выглядят для них привлекательными.

Процентная доля женщин, подвергающихся стерилизации, самая высокая в Латинской и Центральной Америке: например, в Доминиканской Республике она достигает 47 процентов, зато всего лишь в 14 странах мира не менее 5 процентов мужчин прошли вазектомию. Процентные доли стерилизованных мужчин и женщин почти одинаковы в Австралии и Новой Зеландии, где было стерилизовано около 15 процентов мужчин и около 15 процентов женщин (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2011). Мужская стерилизация имеет более широкие масштабы, чем женская стерилизация, лишь в немногих странах, прежде всего в Канаде и Соединенном Королевстве, где мужчины проходят стерилизацию примерно в два раза чаще, чем женщины.

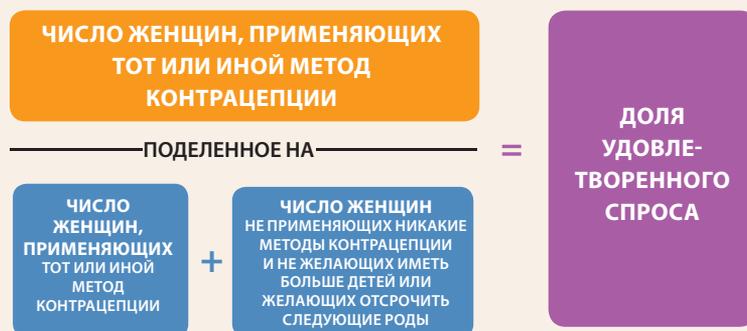
Судя по статистике, отражающей положение в основном в развитых странах, можно сделать вывод, что распространенность вазектомии отражает главным образом экономическую роль и права женщин в этих странах. Непал входит в небольшое число развивающихся стран, в которых вазектомии подвергается более 5 процентов мужчин и этот показа-

тель составляет одну третью или даже более значительную часть от показателей женской стерилизации, а это говорит о том, что расширение прав и возможностей женщин в Непале, возможно, оказывает влияние на выбор средств контрацепции (EngenderHealth, 2002).

ИЗМЕНЕНИЯ СПРОСА И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Показатели распространенности средств контрацепции и масштабов неудовлетворенных потребностей не могут отразить всю динамику личных решений людей о своей половой жизни, а также условия, в которых принимаются эти решения. Например, на распространенность средств контрацепции и на масштабы неудовлетворенных потребностей влияют такие факторы, которые неподвластны женщинам, нуждающимся в противозачаточных средствах, включая изменения объемов поставок и возможностей приобретения противозачаточных средств с течением времени. Кроме того, наличие неудовлетворенных потребностей в конкретных методах контрацепции отражает как спрос людей на конкретные методы, так и предложение. Когда больше людей будет знать о преимуществах осуществления своего права на планирование семьи, спрос на услуги может превысить предложение. Это может произойти в отдаленных районах и среди таких групп населения, половая жизнь которых не соответствует общепринятым представлениям о том, когда секс уместен.

Хотя распространенность средств контрацепции и масштабы неудовлетворенных потребностей являются важными индикаторами, они не раскрывают всю картину и говорят о необходимости дополнительных показателей, которые лучше отражают процентную долю спроса, удовлетворяемого системой здравоохранения (ЮНФПА, 2011). Одним из таких показателей является «доля удовлетворенного спроса». Этот показатель исчисляется с помощью современных методов сбора данных и точнее показывает, насколько удовлетворяются заявленные потребности женщин в услугах по планированию семьи. Кроме того, более последовательное и скорректированное сопоставление квинтилей городского населения и квинтилей сельского населения может помочь политикам и тем, кто практически занимается вопросами развития, разработать стратегии и программы по планированию семьи, основанные на конкретных потребностях.



Источник: Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (2010). Сексуальное и репродуктивное здоровье для всех: уменьшение нищеты, содействие развитию и защита прав человека. Нью-Йорк, ЮНФПА.

Стерилизация женщин – это гораздо более сложная, дорогостоящая и рискованная процедура, чем стерилизация мужчин, а иногда она менее эффективна, но, тем не менее, она гораздо шире распространена, чем вазектомия, везде, за исключением Северной Америки и Западной Европы (Greene and Gold, n.d.; Shih, Turok and Parker, 2011). Стерилизация женщин уже стала нормой, тогда как стерилизация мужчин остается редким явлением, и этот факт ярко показывает неравенство мужчин и женщин. Недостаточная доступность вазектомии и слабая агитация в ее поддержку наносят урон правам как мужчин, так и женщин.

С учетом этих реальностей какие факторы будут приниматься в расчет супружескими парами, когда они все же начнут обсуждать вопрос о том, кому из них следует пройти стерилизацию? Одно из исследований, проведенных в ряде стран, показало, что некоторые мужчины, которые соглашались на вазектомию, идут на этот шаг из опасений относительно здоровья своей партнерши (Landry and Ward, 1997). Другие мужчины сделали это вследствие того, что были разочарованы имевшимся у них выбором вариантов, или же в результате того, что их жены перестали применять другие способы контрацепции, опасаясь побочных последствий. В некоторых бедных семьях выбор пал на вазектомию потому, что нельзя было освободить женщин от ухода за детьми и ведения хозяйства на такой период, который необходим им для восстановления после операции. Некоторые мужчины решили, что у них уже достаточно детей, и не советовались со своими женами, прежде чем пройти стерилизацию. В Соединенных Штатах вазектомия больше всего распространена среди мужчин с высоким уровнем образования и доходов, тогда как стерилизация женщин больше распространена среди тех, у кого уровень образования и доходов ниже (Anderson et al., 2012).

Вазектомия мало распространена в странах Африки к югу от Сахары, где этой процедуре подвергается значительно менее 1 процента

мужчин (Bunce et al., 2007). Там есть совсем мало людей, прошедших специальную подготовку для проведения этой процедуры, а многие мужчины и женщины — может быть, даже большинство — вообще не слышали о таком методе. Одно исследование о приемлемости вазектомии для населения, проведенное в Танзании, показало, что как мужчины, так и женщины боятся побочных последствий этой процедуры для половой жизни (Bunce et al., 2007). Некоторые женщины боялись, что их мужья станут изменять им, а до мужчин доходили слухи, что вазектомия вызывает импотенцию, и боялись, что их жены бросят их, если их мужские достоинства ослабнут.

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Применени бескальпелльной вазектомии на Соломоновых Островах

После проведения МКНР программы по планированию семьи на Соломоновых островах стали больше учитывать права человека. В новой демографической политике акцент сделан на правах, а правительство взяло на себя прямое обязательство «поощрять и поддерживать усилия родителей, чтобы принимались ответственные решения относительно размера семьи». В 2003–2004 годах планирование семьи получило более значительную поддержку, поскольку были обновлены общенациональные принципы и была проведена обстоятельная переподготовка медработников по различным вопросам, включая принятие продуманных решений и применение более широкого набора средств. Доля населения, применяющего противозачаточные средства, выросла с 11 до 29 процентов.

Особенно большую популярность приобрела вазектомия без применения скальпеля. Популярность этого метода частично объясняется тем, что мужчинам впервые было предложено активнее участвовать в планировании семьи. Кроме того,

бескальпельная вазектомия очень дешева и может быть проведена на месте, тогда как для перевязывания маточных труб надо ехать в клинику. Еще один фактор, который, видимо, играет свою роль в повышении активности мужчин, — это традиция приглашать мужчин, чтобы они были рядом со своими женами во время родовых схваток и родов, благодаря чему мужчины начинают больше ценить своих жен и лучше понимать, через что должны пройти женщины, чтобы родить ребенка. ■

Экстренная контрацепция

Экстренная контрацепция – это метод предотвращения беременности в течение пяти дней после полового сношения без средств предохранения, в случае неудачного или неправильного применения контрацептива (например, если женщина забыла принять противозачаточную таблетку), после изнасилования или половых сношений по принуждению. Эти средства не допускают овуляцию и сокращают вероятность беременности на 90 процентов. Они не могут предотвратить имплантацию оплодотворенного яйца, нанести ущерб развивающемуся эмбриону или прекратить беременность. Чем скорее принимается такая таблетка, тем выше ее эффективность. Экстренная контрацепция не является эффективным методом в случае, если имплантация яйцеклетки уже началась, и тогда она не вызывает прерывания беременности. Этим методом следует пользоваться лишь в экстренных случаях, и он не подходит для регулярного применения. Для более длительного предохранения существует медьсодержащая внутриматочная спираль, которая — при условии, что она установлена за пять дней до полового контакта, — также препятствует прикреплению оплодотворенной яйцеклетки к стенке матки, и эту спираль можно оставить на срок до 10 лет (Trussell and Raymond, 2012). Экстренная контрацепция играет особую роль в случаях, связанных с сексуальным

БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ ВСЕХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ НУЖДАЮТСЯ В СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ



Источник: Singh, S and JE Darroch, 2012.

НА ЖЕНЩИН, ЖЕЛАЮЩИХ ИЗБЕЖАТЬ БЕРЕМЕННОСТИ, НО НЕ ИСПОЛЗУЮЩИХ СОВРЕМЕННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ, ПРИХОДИТСЯ ПОДАВЛЯЮЩЕ БОЛЬШИНСТВО СЛУЧАЕВ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ



Источники: Singh and Darroch, 2012, and special tabulations of data for Singh et al., 2009.

насилием, вооруженными конфликтами и чрезвычайными гуманитарными ситуациями. С учетом непредсказуемого и зачастую незапланированного характера половых отношений между молодыми людьми экстренная контрацепция особенно важна и должна быть частью услуг, оказываемых подросткам и совершеннолетним молодым людям.

Права и неудовлетворенные потребности в области планирования семьи

Согласно опубликованному в 2012 году докладу Института Гутмахера и ЮНФПА по вопросу о неудовлетворенных потребностях в области планирования семьи, в развивающихся странах живут 1,52 миллиарда женщин детородного возраста. Примерно 867 миллионов из них нуждаются в контрацепции, но в настоящее время только около 645 миллионов применяют современные методы контрацепции. Остальные 222 миллиона женщин не могут удовлетворить свои потребности в средствах контрацепции.

- Согласно оценкам, в 2012 году в развивающихся странах будет 80 миллионов случаев нежелательной беременности в результате неудач с контрацепцией и неприменения противозачаточных методов женщинами, которые не желают в ближайшее время забеременеть.
- Большинство — 63 миллиона — из 80 миллионов случаев нежелательной беременности в развивающихся странах в 2012 году выпадет на долю женщин из числа тех же 222 миллионов, у которых нет возможности удовлетворить свои потребности в современных методах контрацепции.
- 18 процентов случаев нежелательной беременности происходит у женщин из числа тех 603 миллионов, которые применяли современные контрацептивы, но не смогли делать это регулярно и правильно, или же просто вследствие того, что данный метод не сработал.

Почему потребности в контрацепции по-прежнему не удовлетворяются в столь огромных масштабах?

Тот факт, что в мире есть вышеупомянутые 222 миллиона женщин, которые желают избежать беременности по меньшей мере в течение ближайших двух лет, но не пользуются никакими методами, на самом деле отражает небольшое снижение уровня неудовлетворенных потребностей с 2008 по 2012 год. В течение этого периода число женщин, которые хотели избежать беременности, увеличилось почти на 40 миллионов, и самых больших успехов в деле сокращения неудовлетворенных потребностей в контрацепции удалось добиться в Юго-Восточной Азии. Несмотря на эти достижения, существует настоятельная необходимость работы с конкретными группами населения, с тем чтобы предоставить услуги тем слоям и подгруппам общества, которые маргинализированы и у которых степень неудовлетворенности потребностей относительно высокая.

Если взять все развивающиеся страны, то окажется, что там только 18 процентов замужних женщин имеют неудовлетворенные потребности в современных средствах контрацепции, однако в Западной, Центральной и Восточной Африке и в Западной Азии уже от 30 до 37 процентов женщин имеют неудовлетворенные потребности в средствах контрацепции. В Арабском регионе у значительного числа женщин есть неудовлетворенные потребности в планировании семьи, то есть они хотели бы избежать беременности по крайней мере в течение двух лет, но не применяют никаких методов планирования семьи. Исследование, проведенное Панарабским проектом по вопросам семейного здоровья, выявило, что только четыре из каждых десяти замужних женщин репродуктивного возраста, живущих в арабских странах, применяют современные средства контрацепции (Roudi-Fahimi et al., 2012). В большинстве арабских стран неопределенное отношение женщин к

планированию семьи является результатом целого ряда факторов, включая побочные последствия, опасения насчет реакции мужа, а также конфликты, связанные с их ролью в семье и ответственностью за воспитание детей. С возрастом их отношение к этому вопросу становится более определенным.

Слабые системы здравоохранения и плохое медобслуживание также являются причинами существования многих неудовлетворенных потребностей, особенно в Западной и Центральной Африке (Singh and Darroch, 2012). Практически во всех развивающихся странах малоимущие женщины имеют больше детей и реже пользуются противозачаточными средствами, чем более обеспеченные женщины, а это говорит о необходимости программ для малоимущих. В странах Африки к югу от Сахары женщины, входящие в квинтильную группу самых богатых, в три раза чаще используют средства контрацепции, чем женщины, входящие в квинтильную группу самых малоимущих (Gwatkin et al., 2007). Главное различие между теми, кто пользуется, и теми, кто не пользуется средствами контрацепции, заключается в том, что некоторые люди располагают информацией, имеют более широкий выбор вследствие более высокого уровня доходов и образования и могут принять соответствующие меры для того, чтобы осуществить свое желание иметь меньше детей.

На долю женщин с неудовлетворенными потребностями в области планирования семьи приходится почти четыре из каждых пяти нежелательных беременностей (Singh and Darroch, 2012). К другим факторам, способствующим нежелательной беременности, относится неправильное или нерегулярное применение методов контрацепции, причинами которого, возможно, являются отсутствие надлежащего консультирования или информации и прекращение применения одного метода без перехода к другому методу (Singh and Darroch, 2012). Никогда не состоявшие в браке женщины в развивающихся странах

применяют современные средства контрацепции в целом гораздо реже, чем замужние женщины, за исключением стран Африки к югу от Сахары, где у женщин есть настоятельная необходимость в двойной защите — от беременности и от заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, и презервативы являются доминирующим методом, которым пользуются незамужние женщины (Singh and Darroch, 2012).

Имеющиеся данные также подтверждают необходимость оказания услуг подросткам и молодым людям с учетом их потребностей. Число беременностей среди подростков из бедных семей в возрасте от 15 до 19 лет в два с лишним раза больше, чем среди таких же возрастных групп в состоятельных семьях (Gwatkin et al., 2007). Эти различия усиливаются тем, что девочки из бедных семей выходят

«Все страны в течение следующих нескольких лет должны оценить наличие в стране неудовлетворенных потребностей в области высококачественных услуг по планированию семьи и их взаимосвязки в контексте охраны репродуктивного здоровья, уделяя при этом особое внимание наиболее уязвимым и недостаточно обслуживаемым группам населения».

— Программа действий МКНР, 1994, пункт 7.16

замуж чаще, чем девочки из состоятельных семей, среди них больше таких, кто не имеет образования и недоедает, и поэтому они предрасположены к тому, чтобы рожать недоношенных детей или детей с малым весом. За последние 10 лет в 22 странах Африки к югу от Сахары, где практически каждая четвертая девочка-подросток не имела возможности удовлетворить свои потребности в услугах по планированию семьи, наблюдались лишь незначительные улучшения в плане расширения их доступа к этим услугам (Организация Объединенных Наций, 2011с). Состоящие в браке подростки во всех регионах испытывают больше трудностей, чем более зрелые женщины, в плане удовлетворения своих

потребностей в услугах по предохранению от беременности (Ortayli and Malarcher, 2010). Никогда не состоявшие в браке молодые женщины тоже сталкиваются с трудностями, когда пытаются получить средства контрацепции, в основном из-за того, что общество осуждает женщин, начинающих половую жизнь до вступления в брак (Singh and Darroch, 2012).

Применение средств контрацепции уменьшает количество аборт

Согласно одному из последних исследований Института Гутмакера, давно начавшееся сокращение количества аборт остановилось (Singh and Darroch, 2012). Содержащиеся в этом исследовании оценки говорят о том, что из 80 миллионов случаев нежелательной беременности, которые будут происходить в развивающихся странах в 2012 году, 40 миллионов закончатся аборт.

Нежелательная беременность заканчивается аборт чаще всего в результате неприменения методов контрацепции или неудач с их применением, особенно такого традиционного метода, как прерывание полового акта.

Одиннадцать процентов тех, кто использует методы контрацепции во всем мире (менее 7 процентов всех замужних женщин), полагаются на прерывание полового акта, календарный метод и другие традиционные методы, несмотря на их меньшую эффективность (Rogow, 1995). Хотя зачастую одной из причин такого выбора является отсутствие доступа к современным методам контрацепции, многие предпочитают так называемые «естественные» методы, потому что у них нет побочных последствий, не надо ничего платить и можно применять их дома, не посещая клинику.

Устранение опасений женщин в отношении современных методов контрацепции и оказание помощи женщинам, прекратившим пользоваться одним из методов, с тем чтобы они нашли новый и эффективный метод, могли бы привести к сокращению числа нежелательных беременностей в Африке к югу от Сахары, в Южной и Центральной Азии и в Юго-Восточной Азии на 60 процентов, а также к сокращению числа аборт в этих регионах более чем наполовину (Cohen, 2011). Решение проблемы неудовлетворенности потребностей в контрацепции во всем мире позволило бы избежать 54 миллионов нежелательных беременностей и привело бы к сокращению числа аборт на 26 миллионов — то есть с 40 до 14 миллионов аборт (Singh and Darroch, 2012).

Исследование по вопросу об аборт в 12 странах Центральной Азии и Восточной Европы показало, что многие женщины применяли современные методы контрацепции, но прекратили ими пользоваться по целому ряду причин (Westoff, 2005). Большинство беременностей, которые стали результатом прекращения использования современных методов контрацепции, закончилось аборт. Это говорит о том, что важно предложить ряд методов на выбор, организовать высококачественное консультирование и «сопровождать» клиентов,

▼ В Габороне (Ботсвана) люди, отвечающие за медицинское просвещение, приходят на дом.
©Panos/Giacomo Pirozzi



а также помогать женщинам, которые не удовлетворены тем или иным методом, переключиться на другой метод, прежде чем наступила нежелательная беременность.

В Украине рождаемость падает, поскольку больше женщин имеет возможность заниматься своей карьерой вне дома и все больше супружеских пар предпочитают иметь меньше детей. В первые годы после распада Советского Союза супружеские пары использовали аборт как метод планирования семьи. Однако сегодня благодаря тому, что услуги по планированию семьи стали более доступными и население лучше информировано, незапланированных беременностей стало меньше, поэтому и аборт стало меньше.

В Латинской Америке и Карибском бассейне частотность аборт снизилась с 37 аборт на 1000 женщин в возрасте от 15 до 44 лет в 1995 году до 31 аборт на 1000 женщин в 2008 году (Kulcyski, 2011) благодаря тому, что частотность применения современных методов контрацепции во всем регионе возросла и сейчас их применяют почти 67 процентов замужних женщин (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2011). Однако контрацептивы по-прежнему труднодоступны для населения некоторых регионов, а также для некоторых групп населения, особенно для малоимущих и подростков. Из-за большого числа нежелательных беременностей многие женщины стремятся сделать аборт, который ограничен законом в большинстве стран этого региона. В ряде стран аборт разрешается делать только ради спасения жизни женщины. Как следствие, почти все 4,2 миллиона аборт, совершаемых в этом регионе ежегодно, делаются тайно или в небезопасных условиях; частотность аборт и процентная доля аборт, сделанных в небезопасных условиях, самые высокие в мире (Организация Объединенных Наций, Экономическая комиссия для Латинской Америки и Карибского бассейна, 2011). Если более состоятельные жен-

щины могут найти частных лиц, оказывающих услуги такого рода, то малоимущие женщины чаще страдают от медицинских и юридических последствий ограниченности своего выбора (Всемирная организация здравоохранения, 2011a). Небезопасные аборт в регионе ведут к смерти более 1000 человек и являются причиной более чем 500 000 случаев госпитализации ежегодно (Kulcyski, 2011).

Частотность аборт у женщин в развитых и развивающихся регионах мира примерно одинаковая: 29 аборт на 1000 женщин в развивающихся странах и 26 аборт на 1000 женщин в развитых странах (Всемирная организация здравоохранения, 2011). Хотя контрацептивы шире применяются в развитых странах, некоторые женщины, возможно, прекращают ими пользоваться или не имеют постоянного доступа к средствам контрацепции.

Небезопасные аборт составляют почти половину всех аборт (Sedgh, Singh and Shah, 2012). Почти все небезопасные аборт (98 процентов), причем во всех возрастных группах, делаются в развивающихся странах, и больше всего их делают в странах Африки к югу от Сахары. Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения, ежегодно делается 21,6 миллиона небезопасных аборт (Всемирная организация здравоохранения, 2011). Это число неуклонно растет вследствие роста числа женщин детородного возраста (от 15 до 44 лет) во всем мире.

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Небезопасные аборт в Мозамбике

В Мозамбике некоторые молодые женщины прибегают к опасной и незаконной практике прерывания нежелательной беременности. Мозамбикская ассоциация «Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família (AMODEFA)», а теперь и другие неправительственные организации, создали

Если к 2020 году еще 120 миллионов женщин, которые нуждаются в средствах контрацепции, получат их, это будет означать, что число женщин и девочек, умирающих от последствий беременности и родов, уменьшится на 200 000, то есть каждые 20 минут мы будем спасать по одной женщине. Обеспечение доступа к средствам контрацепции означает, что число детей, умирающих в течение первого года их жизни, уменьшится почти на 3 миллиона.

©Lindsay Mgbog/Департамент международного развития Соединенного Королевства



так называемый «Женский форум»; каждую неделю дискуссионные группы этого форума заседают по два часа, чтобы обсудить этот и другие связанные с ним вопросы (Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, 2011а). Члены групп выбирают темы, касающиеся контрацепции, партнеров, небезопасных аборт, равенства мужчин и женщин, возможностей для малого бизнеса и насилия над женщинами. Молодые женщины, члены AMODEFA, прошедшие подготовку по вопросам прав человека, сексуального и репродуктивного здоровья и равенства мужчин и женщин, координируют работу форума. Молодые женщины выражают мнение, что в результате всего этого они с большей уверенностью принимают решения по вопросам репродуктивного здоровья и лучше знают о том, какие есть услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья и куда за ними можно обратиться. ■

Чем шире применяются контрацептивы, тем меньше число аборт

Есть убедительные доказательства того, что более широкое применение современных методов контрацепции ведет к уменьшению числа аборт (Westoff, 2008). Например, в России в период с 1991 по 2001 год число применяющих внутриматочные спирали и противозачаточные таблетки возросло на 74 процента, что привело к снижению на 61 процент числа аборт, которые были главным способом контроля за рождаемостью на протяжении десятилетий. Аналогичные тенденции прослеживаются и во всех странах Восточной Европы и Центральной Азии, где у женщин прежде не было надлежащего доступа к современным методам контрацепции (Westoff, 2005).

Согласно самым последним данным, на долю подростков и молодых женщин приходится примерно 40 процентов небезопасных аборт во всем мире (Shah and Ahman, 2004). Среди

подростков частотность смертности и инвалидности может быть выше, чем у взрослых женщин, вследствие позднего обращения с просьбой сделать аборт и вследствие того, что они не обращаются за медицинской помощью при возникновении осложнений. Аборты делаются чаще, если вводятся ограничения на применение средств контрацепции, если появляется желание иметь меньше детей или приходится отсрочить деторождение.

Планирование семьи, предназначенное для молодых людей, может содействовать предотвращению главных причин смерти девочек в возрасте от 15 до 19 лет — осложнений, связанных с беременностью, родами и небезопасными абортами (Patton et al., 2009). Почти все случаи материнской смертности происходят в развивающихся странах, причем более половины из них происходит в странах Африки к югу от Сахары и почти третья часть — в Южной Азии (Всемирная организация здравоохранения, 2012).

Сравнение случаев госпитализации в 13 развивающихся странах выявило, что почти у четвертой части женщин (8,5 миллиона), которые делают аборт в течение одного года, возникают осложнения, требующие медицинского вмешательства, причем около 3 миллионов из них не могут получить такую медицинскую помощь, которая им необходима (Singh, 2006).

Беременные девочки более подвержены осложнениям, чем взрослые женщины, и чаще умирают от них. Молодые матери в два-пять раз чаще, чем взрослые женщины, умирают во время родов, причем частотность материнской смертности самая высокая среди девочек, которые рожают, не достигнув 15-летнего возраста (Всемирная организация здравоохранения, 2006). Беременные девочки, которым 18 лет или меньше, умирают во время родов примерно в четыре раза чаще, чем женщины, которым исполнилось по крайней мере 20 лет (Greene and Merrick, n.d.).

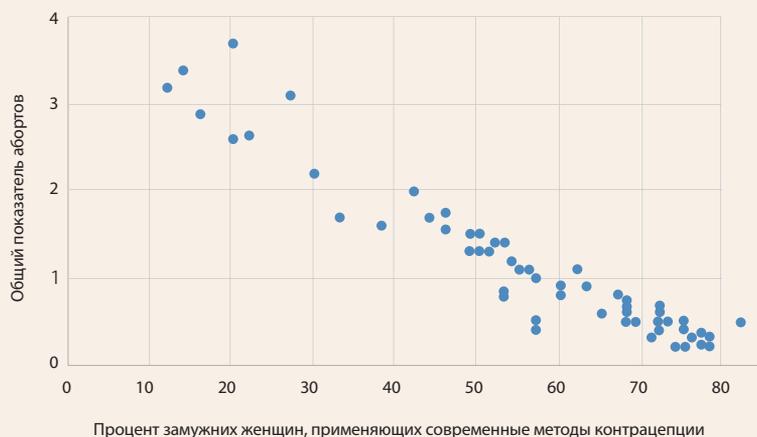
Хотя об этом часто забывают, одна из главных проблем для молодежи — это материнская

заболеваемость. Молодые матери, выжившие после родов, чаще страдают от травм и инфекций, связанных с беременностью, в том числе от послеродового свища. По данным Организации Объединенных Наций, в странах Африки к югу от Сахары и в Азии более двух миллионов молодых женщин живут с невылеченным послеродовым свищом, а с этим состоянием связаны недержание мочи, позор и отлучение от общества (Всемирная организация здравоохранения, 2010).

В большинстве случаев высокая материнская смертность и инвалидность отражают неравный доступ к медицинскому обслуживанию, а также социальную дискриминацию и изоляцию, с которой сталкиваются молодые люди, — причем это является как причиной, так и следствием риска для здоровья молодых людей, создаваемого беременностью (Swann et al., 2003; Greene and Merrick, n.d.).

Почти 95 процентов случаев подростковой беременности происходит в развивающихся странах, и в этих же странах около 90 процентов деторождений у подростков в возрасте

ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АБОРТОВ И ПОКАЗАТЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ В 59 СТРАНАХ



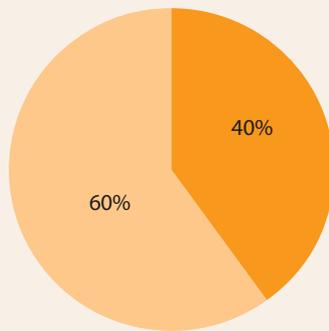
Источник: Westoff, 2005.

НЕБЕЗОПАСНЫЕ АБОРТЫ СРЕДИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

ПРОЦЕНТНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ВСЕХ НЕБЕЗОПАСНЫХ АБОРТОВ В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ И ЕГО СООТНОШЕНИЕ С ПРОЦЕНТНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕБЕЗОПАСНЫХ АБОРТОВ В РЕГИОНЕ

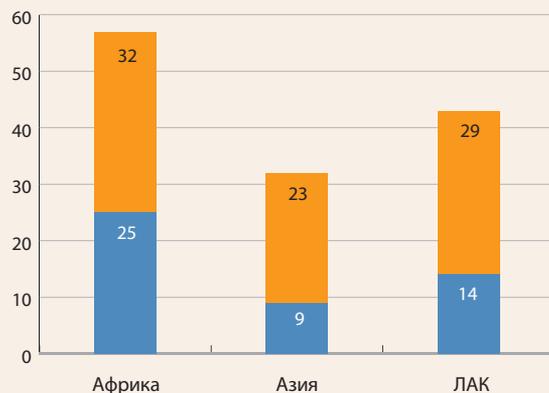
Процентное соотношение небезопасных абортов среди девочек-подростков и молодых женщин и общего числа небезопасных абортов в мире

■ Девочки-подростки и молодые женщины (15–24) ■ Другие



Процент небезопасных абортов среди женщин в возрасте 15–24 лет с разбивкой по их регионам

■ 20–24 ■ 15–19



Источник: Shah, I., Ahman, E. (2004). "Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions. *Reproductive Health Matters*. 12(24 Supplement): 9–17.

15–19 лет происходит в браке (Всемирная организация здравоохранения, 2008). Детские браки — то есть браки, которые заключаются лицами, не достигшими 18-летнего возраста, все чаще признаются как одно из нарушений прав человека, имеющих у девочек, в том числе их права быть огражденными от вредных обычаев (как сказано в Конвенции о правах ребенка), однако они до сих пор очень распространены, особенно в Африке и Южной Азии, где почти половина всех девочек вступает в брак, не достигнув 18-летнего возраста (Hervish, 2011). Большинство замужних девочек беременеет вскоре после вступления в брак (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011).

Хотя 75 процентов всех деторождений в подростковом возрасте относится к числу «запланированных» (Всемирная организация здравоохранения, 2008), такие планы в значительной степени могут быть следствием сильного социального прессинга и культурных обычаев, например, заставляющих женщину демонстрировать своему мужу и членам его семьи свою плодовитость вскоре после замужества (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011). У незамужних девочек беременность гораздо чаще бывает незапланированной и чаще заканчивается абортom, который подчас является единственным имеющимся в их распоряжении средством регулирования деторождения (Всемирная организация здравоохранения, 2008).

В Латинской Америке подростковая беременность пошла на убыль быстрее, но все же остается высокой — в среднем 80 деторождений на 1000 молодых женщин в год. В некоторых странах, таких как Венесуэла, Гондурас, Никарагуа и Эквадор, происходит более 100 деторождений в год на каждые 1000 женщин в возрасте 15–19 лет, то есть уровень такой рождаемости почти как в большинстве стран Африки к югу от Сахары (ЮНФПА, 2011). В этих странах подростковая беременность и деторождение гораздо более распространены среди коренного населения;

обычно эти слои населения занимают более низкое социально-экономическое положение в обществе и имеют более низкий уровень образования (Lewis and Lockheed, 2007). В Соединенных Штатах рождаемость среди подростков в последнее время сократилась во всех этнических группах до самого низкого за всю историю уровня — 34 деторождения на 1000 женщин, но, тем не менее, она еще выше, чем в Западной Европе (ЮНФПА, 2010а).

Рождаемость в среде подростков сейчас сокращается в большинстве регионов, но в некоторых частях мира темпы этого сокращения снизились, а в некоторых странах Африки к югу от Сахары такая рождаемость даже стала опять расти, хотя там рождаемость среди подростков и так самая высокая в мире (Отдел народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций, 2012). В странах Африки к югу от Сахары в среде подростков в возрасте 15-19 лет происходит в среднем 120 деторождений на 1000 девочек в год, и уровень такой рождаемости варьируется от 199 деторождений на 1000 девочек в Нигере до 43 деторождений на 1000 девочек в Руанде. Более половины молодых женщин рожают до 20-летнего возраста (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011), и в большинстве стран Африки к югу от Сахары уровень рождаемости среди подростков почти не уменьшился с 1990 года (Loaiza and Blake, 2010). На Кавказе и в Центральной Азии подростковая рождаемость за последние 10 лет стабилизировалась, возможно, потому, что в этом регионе такая большая процентная доля девочек стала учиться в школе, причем на уровне среднего образования уже достигнут паритет между мальчиками и девочками, а в учебных заведениях третьей ступени девочек учится даже больше, чем мальчиков (Организация Объединенных Наций, 2012). Единственным регионом, в котором подростковая рождаемость возросла с 2000 по 2010 год, является Юго-Восточная Азия.

Необходимость всеобъемлющих данных

Для того чтобы защищать право на планирование семьи, надо прежде всего получить исходные данные о том, кто сейчас имеет возможность заниматься планированием семьи, а кто нет. Чтобы защищать права, надо также понимать, как молодые люди относятся к половой жизни, сексуальности и принятию решений о том, заводить ли детей. Новые технологии дают возможность государствам лучше понимать демографические тенденции и условия, которые определяют желание людей вступать в половые отношения и влияют на уровень рождаемости. Цифровые и мобильные средства связи упрощают доступ к информации о правах человека и обязанностях правительств по их обеспечению.

Для оценки тенденций в области планирования семьи необходимо тщательно проанализировать, кто наиболее уязвим, чьи интересы были проигнорированы и какие факторы повышают уязвимость людей и еще больше уменьшают их возможности осуществлять свои права на планирование семьи в течение всей жизни (ЮНФПА, 2010).

В ЭКВАДОРЕ ИНФОРМАЦИОННО-ПРОПАГАНДИСТСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ОСНОВЕ ИМЕЮЩИХСЯ ДАННЫХ ОБЕСПЕЧИЛА ПОЛИТИЧЕСКУЮ И ФИНАНСОВУЮ ПОДДЕРЖКУ ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ

Уровни рождаемости в Эквадоре варьируются по группам населения. Например, женщины в квинтильной группе с самыми низкими доходами имеют в среднем по пять детей, а женщины, входящие в квинтильную группу с самыми высокими доходами, — около двух. Эти расхождения являются отражением неравного доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Реагируя на эту ситуацию, ЮНФПА стал сотрудничать с Министерством здравоохранения, а также с двусторонними и многонациональными организациями в целях сбора и изучения данных, чтобы можно было документально подтвердить существование этого неравенства и агитировать за такие изменения, которые привели бы к его устранению. В 2009 году были собраны данные, которые стали основой для новой стратегии планирования семьи и для предотвращения подростковой беременности, и в результате этого с 2010 по 2012 год Эквадор увеличил свои ассигнования на средства обеспечения репродуктивного здоровья, включая средства контрацепции, более чем на 700 процентов — до 57 млн. долл. США.



▲ *Супружеская пара со своим ребенком в городе Вулкан (Румыния).*
©Panos/Petrut Calinescu

Правильно подобранные демографические показатели раскрывают сложную и динамичную картину. Заинтересованные стороны все больше вынуждены анализировать эти данные вместе с информацией о социальных, культурных и политических условиях, которые влияют на здоровье и вызывают изменения в системах здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения утверждает, что эти социальные детерминанты здоровья определяют «распространение большинства болезней в мире и наличие основных факторов неравенства в области здравоохранения» (Всемирная организация здравоохранения, 2005). На всех уровнях — персональном, локальном и общенациональном — социальные детерминанты здоровья задают условия, которые влияют на способность женщин, мужчин и молодых людей получить услуги в области планирования семьи, когда они хотят предотвратить или

отсрочить беременность на различных этапах своей жизни.

Поэтому политики должны использовать всеобъемлющие и охватывающие все слои населения данные, касающиеся динамики народонаселения, включая возрастную структуру и темпы урбанизации, а также другие тенденции. Если мы просто будем повышать доступность услуг по планированию семьи, мы, возможно, не добьемся существенного сокращения числа нежелательных беременностей, не изучив вопрос о том, где неудовлетворенных потребностей больше всего, где усилия по поддержке репродуктивных прав были самыми слабыми и где культурные, социальные, экономические или бытовые причины лишают людей возможности получить информацию и высококачественные услуги.

Программа действий освещает взаимосвязи между половой жизнью человека, возрастом

и отношениями между мужчинами и женщинами, а также показывает, каким образом они все вместе влияют на способность мужчин и женщин добиваться сексуального здоровья, поддерживать его и регулировать производство потомства. Поэтому программы по планированию семьи должны быть основаны на таком анализе данных, который учитывает продолжение половой жизни, а также ее последствия, специфические для каждого пола и возраста.

Заключение

Рождаемость, неудовлетворенные потребности, число людей, которые *ранее пользовались* средствами контрацепции, но затем отказались от них, и частотность небезопасных абортв выше всего в беднейших странах, а также в среде обездоленных *в каждой стране*. Частотность

нежелательных беременностей все еще довольно высокая и в некоторых развитых странах. Систематическое неравенство прослеживается в возможностях и масштабах использования услуг по планированию семьи между богатой элитой и всеми остальными. Таким образом, касаясь вопроса о практическом использовании услуг по планированию семьи, можно сказать, что те, кто имеет такие возможности, использует их, а те, у кого таких возможностей меньше, имеют неудовлетворенные потребности и незапланированную беременность.

Взвешивая имеющиеся во всем мире потребности в информации и услугах в области планирования семьи, политики должны получить доступ к всеобъемлющим данным и должны изучать модели половой жизни, а не только уровень рождаемости.



Проблемы обеспечения всеобщего доступа

У людей многих возрастных и этнических групп, где бы они ни проживали, есть много неудовлетворенных потребностей в планировании семьи. Существуют большие различия в возможностях стран помогать своему населению удовлетворять эти потребности и защищать права человека. Во многих странах есть национальное законодательство, позволяющее выполнять взятые на себя международные обязательства в области прав человека (Robison and Ross, eds, 2007). Однако слишком много еще мест на земле, где права некоторых людей — *не всех людей* — гарантированы лишь в принципе.

Несмотря на целый ряд юридических гарантий, ограничения доступа — и преграды на пути к осуществлению прав — до сих пор существуют. Некоторые из этих преград связаны с ценами и доступностью. Другие преграды связаны с тем, что трудно организовать надежное снабжение высококачественными товарами и оказание услуг высокого качества в отдаленных районах, или же с тем, что людям порой приходится преодолевать большие расстояния для того, чтобы получить услуги по планированию семьи. Есть еще преграды, обусловленные социальными нормами, обычаями или гендерным неравенством. Наконец, есть преграды, создаваемые политикой или законодательством.

Поэтому многие группы населения не могут реализовать свое право решать вопрос о том, иметь ли им детей, когда иметь и в каких условиях. Проблема часто заключается в прямой или косвенной дискриминации и в неодинаковом осуществлении действующего законодательства, политики и программ.

Во всем мире есть конкретные подгруппы населения, которые сталкиваются с огромными трудностями, когда они пытаются получить

информацию и услуги, необходимые им для планирования семьи. В результате этого планирование семьи — скорее привилегия, которой пользуются лишь некоторые, а не всеобщее право, реализуемое всеми.

Устранение социальных и экономических преград на пути к планированию семьи

Достигнутое в Организации Объединенных Наций общее понимание относительно основованного на принципах прав человека подхода особенно акцентирует важность повышения способности человека требовать осуществления своих прав, а также способности носителей обязанностей выполнять их, включая оказание услуг. Следовательно, для расширения доступа к базовым услугам по планированию семьи и для более активного пользования ими необходимо раскрывать потенциал людей, в том числе маргинализированных и дискриминируемых обладателей прав, а также повышать ответственность и подотчетность носителей обязанностей. Самые различные государственные институты могут устранить и действительно устраняют эти

◀ Бренда, которой 16 лет (слева), и ее старшая сестра Атулеле, которой 18 лет (справа), вынуждены были бросить школу, потому что их семья не могла оплачивать их учебу. Сейчас обе они — молодые матери.

©Lindsay Mgbor/Департамент международного развития Соединенного Королевства

преграды на пути к осуществлению права на планирование семьи.

Социальные, культурные и экономические факторы могут способствовать или препятствовать осуществлению прав, включая право на получение доступа к информации и услугам в области планирования семьи. Это означает, что этническая принадлежность, возраст, семейное положение, статус беженца, пол, инвалидность, нищета, психическое здоровье и другие факторы могут быть преградами, мешающими человеку заниматься планированием семьи. Однако когда речь идет о сексуальном и репродуктивном здоровье, гендерное неравенство, а также дискриминация и лишение прав женщин создают преграды именно женщинам, которые заявляют о своих правах, заботятся о своем здоровье и пытаются обеспечить свои интересы.

В рамках своих усилий по удовлетворению имеющихся потребностей все страны должны стремиться к тому, чтобы выявить и устранить все основные остающиеся препятствия для использования услуг в области планирования семьи.

— Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию

Для выполнения обязательств государств в области планирования семьи необходимо нацеливать усилия на обеспечение гендерного равенства

Во многих ситуациях гендерные нормы узаконивают конкретные воззрения, модели поведения и ожидания взрослых женщин и мужчин, что лишь усиливает угрозы для здоровья и уязвимость как женщин, так и мужчин на протяжении всей их жизни. Общество часто ориентирует женщин и девочек на то, чтобы они, в отличие от мужчин, были пассивными и не стремились к знаниям о своем сексуальном и репродуктивном здоровье. Сексуальность — понятие, охватывающее разнообразные желания, практические уроки и потребности, — обычно

сводится к непорочности и девственности, когда речь заходит о женщинах и девушках. Женщины живут под прессом социальных норм, которые целенаправленно ограничивают их половую жизнь узамы брака. Им часто говорят, что они не должны первыми затрагивать темы, касающиеся половых отношений, соглашаться на половую связь или поднимать вопрос о планировании семьи.

Стремление мужчин к доминированию заставляет юношей и мужчин считать, что сексуальность и мужская потенция являются главными признаками мужественности. Они полагают, что наслаждение половыми отношениями — это их прерогатива, и их учат брать на себя руководящую роль в своих половых отношениях, а это создает значительный пресинг (и чувство неуверенности). Традиционные представления о том, что значит быть мужчиной, могут подталкивать мужчин к тому, чтобы иметь несколько сексуальных партнеров и устанавливать рискованные половые связи. Во всем мире мужчин учат, что они не несут главную ответственность за планирование семьи, и часто их не считают ответственными за беременность незамужней женщины.

Различное отношение к мальчикам и девочкам начинается рано и продолжается на протяжении всей их жизни. В результате все — дети, молодые люди, взрослые — обычно воспринимают идеи о том, как они должны или не должны вести себя или думать, и поэтому с раннего возраста у них появляются различные представления о себе и других людях как о женщинах или мужчинах. К сожалению, подчас эти представления выливаются в поведение, которое может нанести ущерб сексуальному и репродуктивному здоровью.

Хотя женщины в течение всей своей жизни обычно чаще страдают от негативных последствий пагубных гендерных норм, общество также социализирует мужчин, юношей и мальчиков таким образом, что это обрекает их на плохое сексуальное и репродуктивное здоровье. Во многих странах мужчин подтал-

квивают к тому, чтобы они демонстрировали свою мужественность и для этого шли на риск, были стойкими, терпели боль, были самостоятельными кормильцами и имели несколько сексуальных партнеров. В головы юношей и мужчин вбивается мысль о том, что каждый из них должен быть кормильцем и главой семьи и что именно такое поведение и выполнение этих функций являются главными способами проявления мужественности.

Если бы гендерные нормы просто диктовали нам различия, а не иерархию отношений, мы, скорее всего, вообще не затрагивали бы здесь эту тему. Однако, как правило, гендерные нормы устанавливают и закрепляют подчинение женщин мужчинам и определяют плохое состояние сексуального и репродуктивного здоровья как мужчин, так и женщин. Женщинам часто не дают возможности узнать свои права и получить средства, которые помогли бы им планировать свою жизнь и расширение семьи, продолжать успешную учебу в школе и трудиться в формальном секторе экономики (Greene and Levack, 2010). Мужчинам часто не говорят, каковы основные источники информации и услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, и у них вырабатывается мнение, что планирование потомства не их дело — это обязанность женщин.

Гендерное неравенство в программах по планированию семьи

Гендерное неравенство является крупным препятствием на пути к осуществлению — как женщинами, так и мужчинами — их права на планирование семьи. Оно мешает также устойчивому развитию. Если гендерное равенство означает главную цель равных прав и возможностей, одинакового доступа и отсутствия дискриминации женщин, то гендерная справедливость означает справедливость в распределении ресурсов и услуг (ЮНФПА, 2012b; Саго, 2009). Для обеспечения справедливости правительства должны добиваться гендерного равенства, принимая стратегии и меры с целью



◀ Супружеская пара в Венесуэле пришла в центр по дородовому уходу.
©UNFPA/Raúl Corredor

компенсировать историческую и социальную несправедливость, которая не позволяет женщинам и мужчинам иметь равные возможности (ЮНИСЕФ, 2010).

Правовые, экономические, социальные и культурные преграды на пути к хорошему здоровью и медицинским услугам дополняются физиологическими реальностями репродуктивной функции: женщины испытывают на себе последствия неправильных решений, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья, и расплачиваются за эти решения своим здоровьем, а подчас и жизнью. Если уязвимые слои населения получают соответствующий доступ к информации, средствам контрацепции и услугам, им легче будет избежать многих пагубных последствий для их сексуального и репродуктивного здоровья, а если мы будем делать акцент на гендерном равенстве, то как женщинам, так и мужчинам всех социальных прослоек и возрастов будет

проще планировать сроки деторождения и интервалы между деторождениями.

Строгие представления о правильном отношении и поведении мужчин и женщин являются усвоенными, социально обусловленными нормами, которые зависят от местных условий и социокультурных факторов, таких как классовая или кастовая принадлежность (Barker, 2005; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). Эти социальные и гендерные нормы передаются и укрепляются на многих уровнях — среди отдельных людей, сверстников и членов семьи — благодаря принятым в данной социальной группе воззрениям и обычаям, а также через институты общества.

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

О борьбе с гендерным насилием в Танзании

Осуществляемая в Танзании программа «Сделай сам!» основана на признании того, что гендерное неравенство наносит ущерб женщинам, в том числе их сексуальному и репродуктивному здоровью (Michau, Naker and Swalehe, 2002). Эта программа не ограничивается обычным биомедицинским подходом к вопросу о сексуальном и репродуктивном здоровье, а сочетает вопросы гендерного равенства с мерами по охране сексуального и репродуктивного здоровья с помощью трех стратегий:

- предоставление женщинам информации, услуг поликлиник и консультаций, которые помогают им выявить коренные причины проблем с сексуальным здоровьем в данном населенном пункте;
- обучение местных жителей, включая учителей, полицейских, судей, церковную паству и так далее, чтобы учреждения и органы сферы обслуживания более чутко относились к женщинам и могли бы наладить оказание услуг, более ориентированных на удовлетворение потребностей женщин;
- изменение отношения к женщинам в

обществе путем поощрения публичного обсуждения положения женщин с помощью брошюр, уличных театральных представлений, собраний местных жителей и других способов распространения информации.

В ходе реализации этой программы было установлено, что уделение основного внимания именно насилию по признаку пола (особенно в случае использования целого ряда методов распространения информации) оказалось более эффективным подходом, чем более широкий подход к вопросу о гендерном неравенстве. Участие мужчин в этих дискуссиях имело огромное значение, как и поддержка со стороны влиятельных представителей местного населения. ■

Если более традиционное, самое типичное отношение мужчин к гендерным вопросам связано с плачевными последствиями для здоровья, то логично предположить, что стремление к гендерному равенству может привести к улучшению отношения и поведения в сексуально-репродуктивной области (Pulerwitz and Barker 2006; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). Например, международное исследование по вопросу об отношении мужчин к гендерному равенству показало, что более здоровый образ жизни связан с более высоким рейтингом по «шкале отношения мужчин к гендерному равенству» (Международный научно-исследовательский центр по проблемам женщин и институт «Промунду», 2010).

Эти данные говорят нам о том, что мужчины, которые относятся к женщинам более уважительно, чаще добиваются позитивных результатов как в личном плане, так и в отношениях с партнером, и свидетельством тому являются более тесное общение с партнером, более высокая степень сексуального удовлетворения, более частые визиты к врачу вместе со своей беременной женщиной и более частое обращение в медицинское учреждение для проведения теста на ВИЧ-инфекцию.

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ТЕМ, КАК МУЖЧИНЫ ОТНОСЯТСЯ К ГЕНДЕРНОМУ РАВЕНСТВУ, И ИХ ПОВЕДЕНИЕМ В СЕКСУАЛЬНО-РЕПРОДУКТИВНОЙ ОБЛАСТИ

	РЕЙТИНГ ПО ШКАЛЕ ОТНОШЕНИЯ К ГЕНДЕРНОМУ РАВЕНСТВУ	Процентная доля мужчин, утверждающих, что для них важны			
		ОБЩЕНИЕ МЕЖДУ ПАРТНЕРАМИ	СЕКСУАЛЬНОЕ УДОВЛЕТВОРЕНИЕ	СОПРОВОЖДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО ВИЗИТА К ВРАЧУ	ВИЧ-ТЕСТ
БРАЗИЛИЯ	НИЗКИЙ	87	80	58	28
	СРЕДНИЙ	84	91	68	31
	ВЫСОКИЙ	87	95	87	38
ЧИЛИ	НИЗКИЙ	50	50	27	21
	СРЕДНИЙ	86	83	83	24
	ВЫСОКИЙ	90	88	89	31
ХОРВАТИЯ	НИЗКИЙ	70	61	69	5
	СРЕДНИЙ	88	67	84	3
	ВЫСОКИЙ	95	79	94	13
ИНДИЯ	НИЗКИЙ	73	98	91	20
	СРЕДНИЙ	65	98	91	12
	ВЫСОКИЙ	64	98	93	6
МЕКСИКА	НИЗКИЙ	71	86	75	16
	СРЕДНИЙ	85	91	87	15
	ВЫСОКИЙ	91	96	94	31
РУАНДА	НИЗКИЙ	–	83	–	85
	СРЕДНИЙ	–	85	–	87
	ВЫСОКИЙ	–	90	–	89

Источник: Международный научно-исследовательский центр по проблемам женщин и институт «Промунду», 2011.

В течение последних 15 лет неправительственные организации, учреждения Организации Объединенных Наций и правительства делали инвестиции в программы, объединяющие усилия с целью изменить гендерные нормы с помощью мероприятий по укреплению здоровья. Недавно проведенные исследования показали, что усилия по воспитанию у мужчин более благосклонного отношения к гендерному равенству могут повлиять на сексуальное и репродуктивное поведение и на отношение

к этим вопросам (Pulerwitz and Barker, 2006; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). Мужчины и женщины могут усвоить такие взгляды и более здоровые привычки, которые служат основой для взаимного уважения, независимо от гендерной и этнической принадлежности и сексуальной ориентации. Недавно проведенные глобальные обзоры программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья показали, что там, где учитываются гендерные факторы, достигаются более весомые результаты (Rottach,

Оливия Аделеде, работающая лаборанткой в медпункте в Боане в Мозамбике, предоставляет услуги по охране здоровья, в том числе сексуального и репродуктивного здоровья, по планированию семьи и по тестированию на ВИЧ.

©UNFPA/Pedro Sá da Bandeira



ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ/СПИДА ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

ВИЧ-положительный статус не всегда убивает желание иметь детей, и женщины, являющиеся носителями ВИЧ, могут решить завести детей, несмотря на свой ВИЧ-положительный статус, или же они могут решить прервать беременность или вообще не иметь детей (Rutenberg et al., 2006). Женщины, живущие с ВИЧ, не в состоянии осуществить свое *право определять число детей, время рождения и интервалы между рождениями своих детей*, если дискриминация лишает этих женщин доступа к средствам и услугам, необходимым для выполнения их решений, например, к средствам контрацепции, услугам по планированию семьи, медицинскому обслуживанию матерей и препаратам и услугам, необходимым для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Право на здоровье и право на сексуальное и репродуктивное здоровье означают, что женщины, живущие с ВИЧ, имеют право на лечение, уход и услуги, необходимые им для профилактики передачи вируса от матери к ребенку во время беременности. Риск перинатальной передачи вируса ВИЧ находится на уровне менее 2 процентов, если в этот период женщинам предоставляются комплексные услуги по антиретровирусному лечению, безопасному приему родов и безопасному грудному вскармливанию. Если же этих важнейших услуг нет, то риск передачи вируса варьируется от 20 до 45 процентов (Всемирная организация здравоохранения, 2004а).

В странах с низким и средним уровнем доходов на душу населения, согласно оценкам, 45 процентов ВИЧ-положительных беременных женщин получали, как минимум, некоторые антиретровирусные препараты в целях профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку (Всемирная организация здравоохранения, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ, 2010).

Schuler and Hardee, 2011; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Культурные традиции и воззрения, касающиеся девственности, вступления в брак и распределения ролей в семье, во многих случаях остаются непоколебимыми, к тому же они усиливаются волнениями, вызванными сексуальностью, влиянием и независимостью женщин, а также совершенно реальными угрозами, с которыми могут столкнуться девочки (Greene and Merrick, n.d.). Поскольку все больше девочек продолжают учиться в школе в течение более длительного периода, возрастает статистическая вероятность того, что их половое созревание наступит во время их учебы в школе; в результате они сталкиваются с такими угрозами, которые надлежащим образом устраняются лишь в немногих школах, и в числе этих угроз — возможность инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции, ранняя беременность и деторождение в раннем возрасте, а также небезопасные аборты (Lloyd 2009). Конечно, не все из этих угроз новые, и не все они возникают только в школе; девочки, которые не учатся в школе, тоже выходят замуж и продолжают часто рожать в подростковом возрасте. Новым феноменом является возросшая вероятность коллизии между традиционными ролями девочек (ведение домашнего хозяйства, взгляды на девственность, сексуальное поведение и надежды на вступление в брак) и теми ролями, которые сейчас меняются (учеба в школе, отношения со сверстниками, в некоторых случаях — более частые переезды с места на место).

Изучение опыта 12–19-летних подростков, которые учились в школе в возрасте 12 лет в пяти африканских странах, показывает, что девочки всех возрастов реже мальчиков продолжают учебу, будь то в начальной или в средней школе, и реже, чем мальчики, переходят из начальной школы в среднюю (Biddlecom et al., 2008). Девочки гораздо чаще бросают школу после достижения половой зрелости и после начала добрачных половых отношений, а ранняя беременность имеет для девочек

еще более катастрофические последствия. Некоторые последние исследования говорят о том, что беременность и ранние браки чаще бывают следствием, а не причиной того, что девочки не оканчивают среднюю школу (Biddlecom et al., 2008; Lloyd and Mensch, 2008).

Новое определение того, что значит быть «настоящим мужчиной»

Мужчины и мальчики, точно так же, как и женщины и девочки, испытывают на себе давление общества, которое пытается заставить их воспринять строгие представления о том, как они должны себя вести, что чувствовать и как общаться с другими, чтобы их считали настоящими мужчинами. Эти представления усваиваются, а не предопределяются полом человека (Connell, 1987; Connell, 1998). Когда мужчинам и мальчикам дают возможность критически поразмыслить над этими представлениями, они часто объясняют, какое давление оказывается на них, чтобы они были настоящими мужчинами, — под этими словами обычно имеется в виду, что они должны идти на риск, терпеть боль, быть стойкими, быть кормильцем и иметь несколько сексуальных партнеров (Flood, 2007).

Слова «*настоящий мужчина*» обычно означают мужскую гегемонию, поскольку мужчины оценивают и себя, и других в первую очередь именно по этой черте характера. Основные концепции мужественности сложны, в разных странах они различаются между собой и зависят от ряда факторов, таких как культура, расовая принадлежность, положение в обществе и сексуальность (Kimmel, 2000). Например, одна группа, воплощающая ту или иную разновидность мужественности внутри какого-то социального класса или этнического слоя, может оказывать более значительное влияние на другую группу, подобно тому, как мужественность в гетеросексуальных отношениях часто преобладает над мужественностью в гомосексуальных или бисексуальных отношениях (Marsiglio, 1998). Во многих обществах мужская гегемония

ассоциируется с гетеросексуальностью, браком, властью, успешной карьерой, доминирующей национальностью и/или физической силой (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Когда мужчины и мальчики отклоняются от доминирующих воззрений и норм поведения мужчин, их подвергают остракизму и критике (Barker and Ricardo, 2005). Кроме того, юноши и взрослые мужчины, придерживающиеся традиционных взглядов на мужественность, больше склонны к рискованным сексуальным эскападам (Sonenstein, ed, 2000). Анализ рейтингов по шкале отношения мужчин к гендерному равенству показал, что те, кто придерживается более строгих взглядов на мужественность, чаще демонстрируют такое отношение или поведение, которое ставит под угрозу их собственное здоровье и здоровье их сексуальных партнеров (Pulerwitz and Barker, 2008).

Не все мальчики и мужчины разделяют взгляды на мужественность, которые доминируют в их среде. Например, молодые мужчины, занима-

Небезопасный аборт — это «процедура прерывания незапланированной беременности, выполняемая либо человеком, не владеющим необходимыми навыками, либо в условиях, не отвечающих минимальным медицинским стандартам, либо в случае и того и другого».

— Всемирная организация здравоохранения (1992).

ющие более высокое социально-экономическое положение в обществе, часто имеют больше власти и более широкий доступ к материальным ценностям и возможностям, чем молодые мужчины из нижних социально-экономических слоев общества (Barker, 2005). Представления о том, какое место они занимают среди своих сверстников, в семье и в обществе, эволюционируют с течением времени в рамках динамичного процесса (Connell, 1994). Взгляды и жизненный опыт мужчин, особенно выводы, которые они делают в отношении того, какое поведение является приемлемым для общества, влияют на готовность мужчин и мальчиков пользоваться



▲ Юноши на площади Тахрир в Каире.
© UNFPA/Matthew Cassel

услугами по планированию семьи и активно участвовать в планировании семьи вместе со своими партнерами.

Глобальное исследование, проведенное Всемирной организацией здравоохранения, показало, что доминирующие в данной культуре стереотипы мужественности, которые часто заставляют мужчин строго контролировать свои эмоции и воспитывать в себе чувство неуязвимости, наносят ущерб здоровью и здоровому образу жизни: эти стереотипы подталкивают некоторых мужчин и мальчиков к тому, чтобы они не посещали медицинские учреждения и не поддерживали здоровье своих партнеров (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

У мужчин часто нет возможности поставить под вопрос эти мужские нормы или подумать о том, как их взгляды на мужественность отражаются на их здоровье и здоровье их партнеров. Однако специально разработанные программы продемонстрировали, что юноши и взрослые мужчины могут усвоить взгляды и типы поведения, основанные на гендерном равенстве, то есть могут воспринять такие идеи, которые ассоциируются с более благоприятными последствиями для сексуального и

репродуктивного здоровья (Международный научно-исследовательский центр по проблемам женщин и институт «Промунду», 2010; ООН-женщины, 2008).

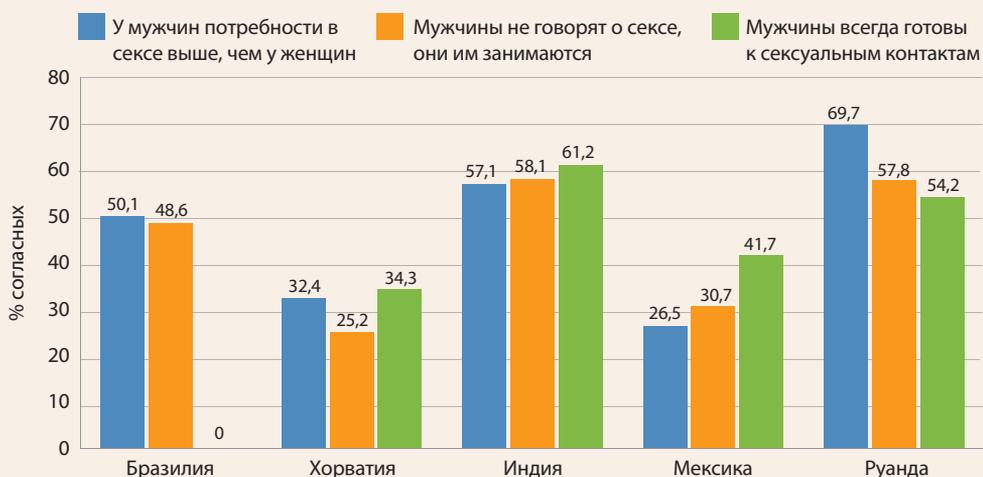
Преобладающие представления и нормы, касающиеся секса, ограничивают доступ к услугам для юношей, людей всех возрастов, не состоящих в браке, мужчин, мальчиков и маргинализированных групп

Социальные и культурные нормы диктуют женщинам и мужчинам, кто, когда, с кем и с какой целью должен вступать в половые отношения. Широко распространено мнение, что половые отношения приемлемы только когда «правильные» люди вступают в них «при правильных» условиях. А вот взгляды тех, кто исключен из категории «правильных» людей, фактически не учитываются при разработке, осуществлении и оценке эффективности политики и программ в области планирования семьи. Препятствия, возводимые на их пути к получению услуг, считаются само собой разумеющимися в соответствии с моделями отчуждения от общества, зависящими от конкретных условий.

В странах всего мира принято считать, что половые отношения должны быть только между состоящими в браке людьми, которые богаты, гетеросексуальны, моногамны, не слишком молоды и не слишком пожилые, а их планы насчет своего потомства должны соответствовать ожиданиям их семьи и общества. Если половая жизнь какого-то человека нарушает любое из этих строгих требований, общество ограничивает доступ этого человека к знаниям, средствам и услугам в области планирования семьи.

Социальные нормы, которые со временем усиливаются давно укоренившимися взглядами на культуру и обычаями, определяют характер диалога (или его отсутствие), касающегося личных сексуальных предпочтений, их мотиваций и оговорок в отношении предоставления доступа к средствам планирования семьи, а

СОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ПРЕОБЛАДАЮЩИМИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О МУЖЕСТВЕННОСТИ И СЕКСУАЛЬНОСТИ



Источник: Международное обследование мужчин и гендерного равенства, Международный научно-исследовательский центр по проблемам женщин и институт «Промунду», 2011

также служат основой для стигматизации и дискриминации. Возьмем в качестве иллюстрации отношение к подросткам, не состоящим в браке: несмотря на изобилие данных о том, что многие из них ведут активную половую жизнь, и, несмотря на то, что интересам общества явно соответствовали бы усилия, направленные на их подготовку к правильному поведению в этой области, социальные нормы исключают возможность обсуждения половых отношений или предоставления этим подросткам информации о сексуальном и репродуктивном здоровье и планировании семьи.

Социальные условия, вследствие которых половая жизнь считается «неприемлемой», не освобождают государства от выполнения их обязанностей по охране здоровья населения. Правительства не могут только своими усилиями изменить дискриминационное отношение к сексу и нормы в этой области. Однако они могут организовать и координировать процессы, понижающие барьеры на пути к услугам, повысить способность маргинализированных групп осуществлять их права и предоставить этим людям адекватный объем информации

и услуг, включая комплексное и объективное половое просвещение.

Маргинализация прав целого ряда групп населения подрывает усилия по достижению национальных целей в области развития. Эти группы населения во многих случаях в первую очередь становятся жертвами забвения и дискриминации, и во многих странах именно у них больше всего неудовлетворенных потребностей. К тем группам населения, половая жизнь которых может противоречить преобладающим социальным нормам и надежный доступ которых к высококачественным услугам по планированию семьи может быть ограничен, относятся, в частности, следующие

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... 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.

— Программа действий МКНР, пункт 7.34

категории: 1) молодежь; 2) не состоящие в браке люди всех возрастов; 3) лица мужского пола; 4) другие маргинализованные группы населения, которые сталкиваются с дискриминацией.

Без разработки комплексной политики в области планирования семьи, стимулирующей социальную сплоченность и соблюдение прав человека, институты, отвечающие за предоставление информации и услуг на равноправной основе, могут систематически игнорировать потребности целых категорий населения.

1 Молодежь

Несмотря на международные обязательства, касающиеся устранения барьеров на пути к планированию семьи для всех групп населения, исследования показывают, что о потребностях молодежи слишком часто забывают. В результате этого самое многочисленное в истории поколение молодежи не в состоянии осуществить свои репродуктивные права и предотвращать незапланированную беременность, уменьшать вероятность прекращения учебы в школе или предохраняться от заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию. Эти реальности и их пагубные последствия вполне предотвратимы.

Люди в возрасте до 25 лет в настоящее время составляют 44 процента населения всего мира, а в развивающихся странах сейчас живет самое большое в истории число детей и молодых людей — 1,6 миллиарда и 1 миллиард, соответственно. Девочки в возрасте от 10 до 19 лет составляют почти одну пятую часть всех женщин детородного возраста (Институт Гутмахера и Международная федерация планируемого родительства, 2010; Институт Гутмахера и Международная федерация планируемого родительства, 2010а).

Когда эти молодые люди вступают в период зрелости, политические, экономические и социокультурные реальности их жизни станут определять возможности и риски, связанные с их планами деторождения. Во многих обществах эти факторы продолжают закреплять такие воз-

зрения и обычаи, которые удерживают молодых людей от получения информации и услуг или ограничивают их действия на этом пути, а ведь именно их усилия на этом направлении дали бы им такие знания, которые позволили бы им решить, когда они хотят стать родителями.

Больше всего неудовлетворенных потребностей среди 300 миллионов женщин в возрасте от 15 до 19 лет. Риски, связанные с деторождением, как для матери, так и для младенца, самые большие у матерей подросткового возраста, и нужны интенсивные усилия для обеспечения реализации прав подростков на информацию и услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая профилактику заболеваний, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекцию (ЮНИСЕФ и др., 2011а). Каждый день 2500 молодых людей — большинство из них женского пола — заражаются ВИЧ-инфекцией. Молодым женщинам — как состоящим, так и не состоящим в браке, — часто приходится прибегать к двойной защите, создаваемой презервативом плюс одним из современных средств контрацепции, чтобы оградить себя как от беременности, так и от болезней.

В странах Африки к югу от Сахары и в Южной, Центральной и Юго-Восточной Азии более 60 процентов подростков, которые хотели бы избежать беременности, имеют неудовлетворенные потребности в современных средствах контрацепции. На этих подростков, которые не применяют современные средства контрацепции или полагаются на один из традиционных методов контрацепции, приходится более 80 процентов незапланированных беременностей в этой возрастной группе.

Проведенный Институтом Гутмахера сравнительный анализ данных, полученных в ходе обследований народонаселения и домашних хозяйств в 40 странах, показал, что доля женщин подросткового возраста, которые сообщили о том, что они перестали применять прежний метод контрацепции, но еще нуждаются в контрацепции, варьируется от 4 процентов в Марокко до 28 процентов в



Гватемале. Во всех странах среди подростков доля прекративших пользоваться средствами контрацепции примерно на 25 процентов больше, чем среди женщин более зрелого возраста, хотя есть некоторые вариации по регионам (Blanc et al., 2009). Во всех странах, за исключением Эфиопии, более значительная процентная доля подростков, чем женщин более зрелого возраста, прекратила пользоваться тем или иным методом контрацепции, но все еще хотела бы избежать беременности. Тот же анализ данных выявил более высокую процентную долю случаев неудачного применения контрацептивов молодыми людьми в течение первого года их использования.

Лишь очень немногие молодые люди в состоянии формировать свою сексуальность в здоровой среде, имея доступ к таким необходимым именно этой возрастной группе знаниям и услугам в области половой гигиены, которые позволяют им принимать обдуманные решения о своем сексуальном поведении и репродуктивном здоровье. Программы по планированию семьи могут отражать веру в то, что молодым людям *положено* воздержание до момента вступления в брак. Этот социокультурный стандарт уже не отражает имеющиеся большие различия в половой жизни молодежи.

Молодые люди формируют свою сексуальность и организуют свою интимную жизнь под влиянием членов семьи, религиозных обычаев, местных авторитетов и сверстников. Повсюду юношам и девушкам навязывают гендерные стереотипы и модели поведения, которые формируют их взгляды на секс, сексуальность и отношения с другими людьми, а также определяют их поведение. Качество и содержание информации, которую получают молодые люди, могут быть самыми различными и в огромной степени зависят от сверстников (Kinsman, Nyanzi and Pool, 2000; Jaccard, Blanton and Dodge, 2005). Молодые люди особенно часто становятся жертвами гендерного насилия, а девочки-подростки в первую очередь могут столкнуться с тем, что их первый сексуальный опыт будет результатом принуждения или насилия. Если первый сексуальный контакт происходит в раннем возрасте, очень часто он связан с принуждением: в некоторых странах более трети всех девочек утверждают, что их первый опыт половых отношений был связан с принуждением (Всемирная организация здравоохранения, 2012а).

Недавно проведенное изучение данных о сексуальном поведении молодежи в 59 странах не выявило никакой единой тенденции в

▲ *Новобрачные в Париже.*

©Panos/Martin Roemers

отношении молодых людей к сексу; тенденции различны, сложны и значительно варьируются по регионам и в зависимости от семейного положения (Lloyd, 2005). В то же время прослеживаемая во всем мире тенденция к более позднему вступлению в брак является одной из причин уменьшения процентной доли молодых женщин, которые сообщают о том, что они имели половые отношения, не достигнув 15-летнего возраста (Lloyd, 2005; Greene and Merrick, n.d.). Несмотря на это, там, где детские браки особенно распространены, — в Южной Азии и Центральной, Западной и Восточной Африке — средний возраст начала половой жизни у женщин ниже, чем, например, в Латинской Америке и Карибском бассейне. У молодых мужчин возраст начала половой жизни не связан с их семейным положением.

Эти различия в поведении молодых людей особенно заметны в развивающихся странах.

Сравнения состояния сексуального здоровья у подростков в Соединенных Штатах и в Европе показывают, что молодые люди начинают свою половую жизнь примерно в одном возрасте, но последствия различные. В Соединенных Штатах 46 процентов всех учащихся средней школы имели половые сношения (центры по контролю и профилактике заболеваний, 2010). Несмотря на примерно такой же уровень активности половой жизни подростков в нескольких европейских странах, таких как Германия, Нидерланды и Франция, подростки, ведущие активную половую жизнь, гораздо реже беременеют, рожают или делают аборт. В Соединенных Штатах частотность беременностей, деторождений и аборт среди девочек-подростков

ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВОЙ РОЖДАЕМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ И ДОХОДА ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА

Рождаемость у девочек в возрасте от 15 до 19 лет (число живорождений на 1000 девочек) по квинтилям дохода и регионам

Регион	Число обследований по странам региона	Средний показатель по региону	Квинтиль самых бедных	Квинтиль самых богатых	Соотношение показателей рождаемости Богатые/Бедные	Процент детей младшего школьного возраста, не посещающих школу [^]
Восточная Азия	4 из 7	42,4	75,6	17,6	4,3	10,0
Восточная и Центральная Европа, Центральная Азия	6 из 8	52,7	7,0	31,3	2,3	9,6, 4,9**
Латинская Америка, Карибский бассейн	9 из 17	95,7	169,5	39,2	4,3	5,5
Ближний Восток, Северная Африка	4 из 6	57,8	68,2	35,1	1,9	19,5
Южная Азия	4 из 8	107,0	142,0	57,9	2,5	27,3*
Африка к югу от Сахары	29 из 49	129,7	168,1	75,4	2,2	36,8
Все страны: средний показатель	56 из 95	103,0	142,5	56,6	2,5	18,3

Источник данных о рождаемости: Gwatkin et al 2007.

Источник данных об уровне образования: Институт статистики ЮНЕСКО, 2007.

[^] Включает детей в возрасте 11–14 лет, различается по странам

* Включает Южную и Западную Азию

** Данные по образованию представлены раздельно по этим двум регионам.

примерно в три, восемь и два раза выше, чем у их европейских сверстниц (организация «Адвокаты молодежи», 2011). Эти различия объясняются европейской политикой, которая упрощает доступ к информации и услугам для девочек и мальчиков школьного возраста, обеспечивает уважение прав молодых людей и направлена на заботу об их здоровье: в Европе молодые люди имеют более широкий доступ к комплексному половому просвещению и услугам по охране сексуального здоровья, включая планирование семьи; кроме того, там вопросы половой жизни обычно более свободно обсуждаются с родителями и в обществе в целом.

Институт брака меняется во всем мире. Молодые женщины и мужчины вступают в брак позже, а число стран, где начало половой жизни и вступление в брак происходят в одно и то же время среди лиц, не достигших 25-летнего возраста, стало меньше, чем при жизни предыдущих поколений (Lloyd, ed, 2005; Greene and Merrick, n.d.). Эти тенденции привели к распространению добрачных половых отношений между молодыми людьми. В развитых странах произошло несомненное увеличение числа лет, которые проходят между первым половым сношением и вступлением в брак (Mensch, Grant and Blanc, 2005). Период, который проходит между первым половым сношением и началом совместной жизни с партнером, дольше у мужчин (от трех до шести лет), чем у женщин (до двух лет).

Увеличение временного интервала между возрастом, когда происходит первое половое сношение, и возрастом первого вступления в брак имеет последствия для рисков и потребностей молодежи, связанных с сексуальным здоровьем, особенно для девочек школьного возраста. Недавно проведенный анализ положения в 39 странах выявил, что — за исключением Бенина и Мали — среди незамужних девочек (в возрасте от 15 до 17 лет), посещающих школу, значительно меньше таких, кто имел добрачные половые отношения, чем среди их сверстниц, не посещающих школу (Biddlecom et al., 2008;

Lloyd, 2010). Хотя индивидуальные, семейные и социальные факторы оказывают влияние на сексуальное поведение и учебу в школе, эти результаты анализа ярко показали, что образование является своего рода профилактикой подростковой беременности и ее негативных последствий. Данные по пяти странам Западной Африки указывают на то, что беременность и ранние браки, возможно, являются следствием, а не причиной того, что девочки бросают школу в некоторых обстоятельствах (Lloyd and Mensch, 2008).

Миллионы молодых людей вступают в половые отношения до того, как их родители узнают об этом, или же до того, как учреждения начинают реагировать на их запросы. Эти молодые люди — как состоящие, так и не состоящие в браке, — нуждаются также в услугах, направленных на предотвращение незапланированной беременности и заражения

▼ *Беседа с подростком о безопасном сексе на Мадагаскаре.*

©Panos/Piers Benatar



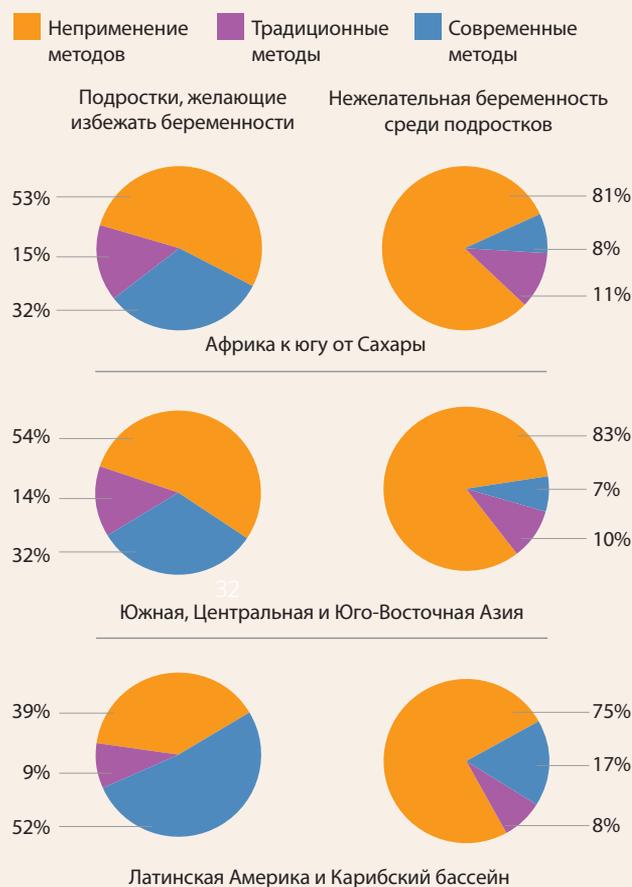
инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, но во многих случаях они не могут получить эти услуги.

Половая жизнь молодежи опровергает правильность акцентирования воздержания и мнения о том, что целью половых отношений всегда должно быть рождение ребенка. Реальность заключается в том, что многие молодые люди *не воздерживаются*, и они не вступают в половые отношения *ради того*, чтобы завести ребенка. Качественный анализ данных по странам Африки к югу от Сахары говорит о том, что

не состоящие в браке молодые люди, которые ведут активную половую жизнь, в большинстве своем не стремятся к беременности (Cleland, Ali and Shah, 2006). Более того, даже состоящие в браке молодые люди вовсе не всегда стремятся забеременеть в раннем возрасте, а, если у них уже есть один ребенок, некоторые из них хотят отсрочить вторую беременность.

Если учесть желание молодых людей отсрочить деторождение и предотвратить заболевания, то может показаться, что термин «планирование семьи» не имеет никакого отношения к их потребностям. Недавно проведенные исследования проливают свет на этот вопрос: многие молодые люди могут быть заинтересованы в получении средств контрацепции в целях предотвращения нежелательной беременности и для защиты от инфекций, передаваемых половым путем, однако обычные концепции планирования семьи irrelevantны для них. Чтобы удовлетворить их потребности и устранить то, что мешает им получить средства планирования семьи, надо делать акцент на контрацепции и профилактике заболеваний, а также на комплексном половом просвещении, которое основано на правах человека, включая равенство и недискриминацию, и на размышлениях о гендерных ролях, об отношении к сексу и сексуальном поведении (Cottingham, Germain and Hunt, 2010).

ПОКАЗАТЕЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ, КОТОРЫЕ ХОТЕЛИ БЫ ИЗБЕЖАТЬ БЕРЕМЕННОСТИ, В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ



Источник: Институт Гутмахера и МФПР. «Коротко: факты, касающиеся сексуального и репродуктивного здоровья женщин подросткового возраста в развивающихся странах», Нью-Йорк: И-т Гутмахера и МФПР, 2010а.

2 Не состоящие в браке люди всех возрастов

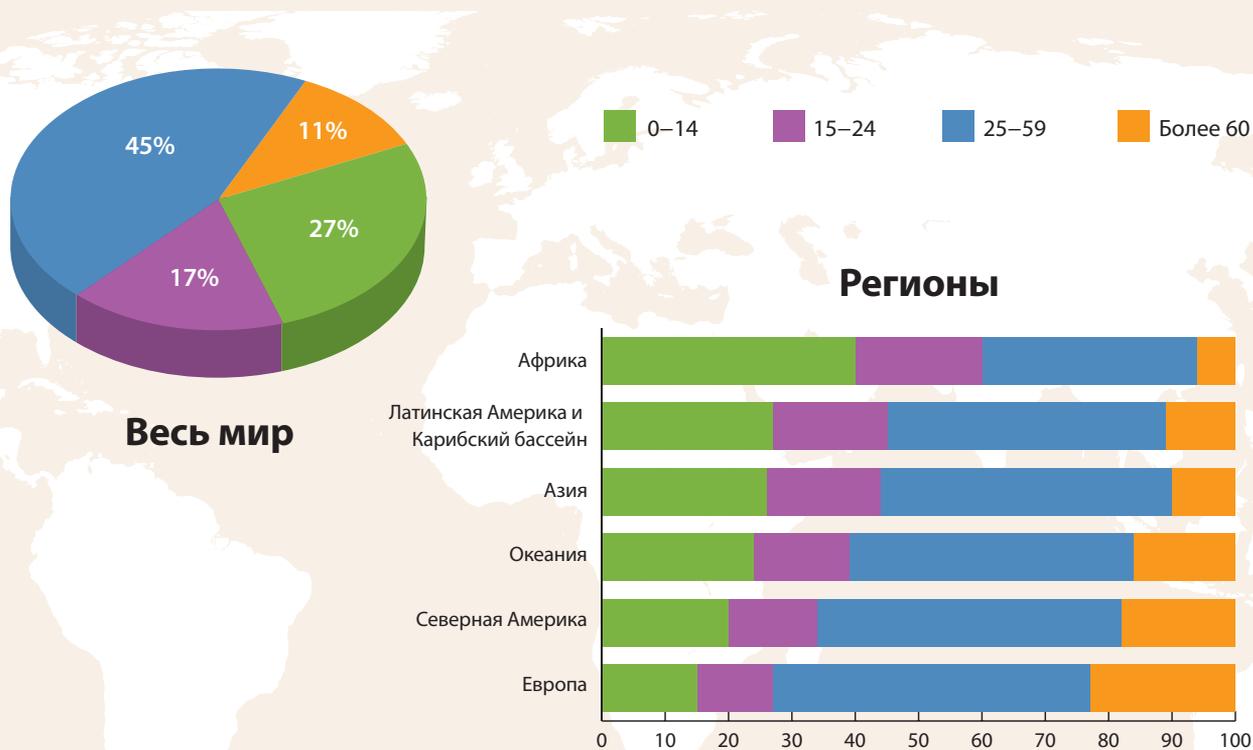
По сравнению с предыдущими поколениями сейчас больше как молодых, так и взрослых людей репродуктивного возраста, которые имеют половые отношения вне брака и не намерены в ближайшее время заводить детей (Ortega, 2012). Для того чтобы обеспечить их доступ к услугам по планированию семьи, невзирая на их семейное положение, надо признать, что существуют половые отношения, которые поддерживаются ради удовольствия и близости с человеком до и после заключения брака, а также в браке.

Большинство людей во всем мире вступают в брак, и половые отношения чаще всего имеют место в браке (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2009). Однако многие люди, которые никогда не состояли в браке, или те, супружеские отношения которых закончились, продолжают вести активную половую жизнь и хотели бы пользоваться услугами по планированию семьи. Последние данные говорят о том, что межличностное общение между взрослыми людьми по вопросам планирования семьи — и само планирование семьи — все чаще происходит в то время, когда люди не состоят в браке,

живут раздельно по решению суда, овдовели или разведены.

Если государственные программы по планированию семьи исключают эти группы людей, не состоящих в браке, то планирование семьи оказывается недоступным для все более значительной части населения. Хотя религиозные обычаи и социальные нормы наводят на мысль о том, что заключение брака является предпосылкой для начала половой жизни, государство обязано обеспечить доступ к средствам планирования семьи без всякой дискриминации для всех людей, независимо от их религиозных убеждений и сексуальных предпочтений.

МЫ ЗДЕСЬ! ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ МОЛОДЕЖИ В НАСЕЛЕНИИ ВСЕГО МИРА С РАЗБИВКОЙ ПО РЕГИОНАМ



Источник: ООН, ДЭСВ, Отдел народонаселения (2011).



▲ Средства контрацепции в одном из центров Египетской ассоциации по планированию семьи в городке Або-Аттва около Исмаилии.
©UNFPA/Matthew Cassel

В некоторых странах процентная доля людей, никогда не состоявших в браке, возрастает (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2009). За последние 40 лет число стран, где не менее 10 процентов женщин ни разу не вступали в брак до 50-летнего возраста, увеличилось с 33 до 41. Все более значительная процентная доля мужчин также не вступает в брак. С 1970 по 2000 год число стран, где не менее 10 процентов мужчин ни разу не вступали в брак до 50-летнего возраста, увеличилось с 31 до 49.

Союзы по согласию составляют все более значительную долю партнерств по совместному проживанию, а эти партнерства обычно менее стабильны, чем официальные браки. В странах Латинской Америки и Карибского бассейна более четверти женщин в возрасте от 20 до 34 лет живут в рамках союзов по согласию (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным

вопросам, 2009). Такие союзы менее распространены в странах Африки к югу от Сахары и в Азии, где союзы такого типа охватывают около 10 и 2 процентов женщин, соответственно. Процентная доля женщин, состоящих в союзах по согласию, варьируется от нуля до 30 в 16 развитых странах. В большинстве стран, по которым имеются данные, процентная доля женщин, состоящих в союзах по согласию, достигает пиковых величин в возрасте 25–29 лет (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2009).

Во всем мире процентная доля взрослых людей, которые разведены или живут раздельно по решению суда, удвоилась (с 2 до 4 процентов) с 1970 по 2000 год. Развод и раздельное проживание по решению суда более распространены в развитых странах, чем в развивающихся странах. Согласно данным о семейном положении во всем мире за 2008 год, в развитых странах были разведены или жили отдельно от своего супруга по решению суда 11 процентов женщин, тогда как в развивающихся странах только 2 процента женщин того же возраста были разведены или проживали отдельно от своего супруга по решению суда (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2009). Данные по 15 промышленно развитым странам за 2006–2008 годы говорят о том, что средняя продолжительность жизни в браке составляет от 10 до 17 лет. Кроме того, примерно один из каждых четырех зарегистрированных браков в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития является повторным.

В настоящее время взрослые люди устанавливают, поддерживают и прекращают партнерские отношения совсем не так, как это делали предыдущие поколения, и их потребности в знаниях и услугах, касающихся планирования семьи, стали другими. У авторов политики и программ в области планирования семьи есть возмож-

ность пересмотреть их направленность, чтобы не исключать людей, не состоящих в браке, независимо от того, вступали ли они в брак когда-либо, разведены ли они, живут ли они отдельно от своего супруга — временно или постоянно — по решению суда или овдовели.

Как в развитых, так и в развивающихся странах социальные нормы пропагандируют — в разной степени — воздержание от половой жизни до вступления в брак. Несмотря на более широкую поддержку комплексного полового просвещения во многих странах, политика воздержания до вступления в брак, являющаяся методом планирования семьи, может подорвать эффективность школьных программ полового просвещения и игнорирует потребности охраны сексуального здоровья не состоящих в браке, ведущих активную половую жизнь подростков и молодых взрослых людей. Имеющиеся данные ясно показывают, что половое просвещение, нацеленное только на пропаганду воздержания до вступления в брак, неэффективно (Doug Kirby, 2008).

«Планирование семьи» обычно направлено на удовлетворение потребностей более молодых людей, состоящих в браке, как правило, отличающихся наибольшей фертильностью. Однако растущее число более пожилых женщин и мужчин вынуждено договариваться о применении контрацептивов и предохраняться от инфекций, передаваемых половым путем, на более поздних жизненных этапах, подчас *после* вступления в брак (Организация экономического сотрудничества и развития, 2010). Когда разрабатывают программы и политику, обычно забывают о том, что люди более зрелого возраста (старше 49 лет) тоже хотят иметь интимные отношения. Это упущение наносит ущерб правам людей более продвинутого возраста, которые ведут активную половую жизнь и хотели бы предохранить себя от неблагоприятных последствий для своего сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе от незапланированной и более рискованной беременности и от инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию.

Чтобы удовлетворить их потребности в планировании семьи, надо отказаться от широко распространенного мнения, что люди более продвинутого возраста не ведут активную половую жизнь и поэтому не нуждаются в осуществлении своего права на планирование семьи.

Все более значительное число более пожилых женщин и мужчин вступают в свои поздние годы репродуктивного возраста, когда они не состоят в браке, разведены или овдовели, в результате чего появляется большая когорта людей, для которых «брак уже позади». Исследования, проведенные в Таиланде, дали основания полагать, что мужчинам более пожилого возраста угрожает ВИЧ (Van Landingham and Knodel, 2007), однако исследования в области планирования семьи пока не касались этой темы. Потребности более пожилых женщин и мужчин в охране сексуального здоровья часто остаются в тени, потому что так

НИЗКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕЗАПЛАНИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И АБОРТОВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В НИДЕРЛАНДАХ

В Нидерландах были приняты различные меры по устранению причин, мешающих молодежи получить доступ к информации и услугам (Greene, Rasekh and Amen, 2002). Следует отметить, в частности, следующие изменения: комплексное половое просвещение в начальной и средней школе, которое включает предоставление информации об отношениях между людьми, системе ценностей, половом развитии, половой гигиене и терпимом отношении к многообразию, для чего учителя регулярно проходят подготовку, касающуюся как содержания, так и методологии занятий; предоставление высококачественной информации родителям, семейным врачам, молодежным клиникам и средствам массовой информации; обеспечение конфиденциальности отношений между пациентом и врачом, даже если пациентом является подросток, а также проведение общенациональных юмористических кампаний, которые дают много откровенной информации о сексуальном здоровье. Красной нитью через всю политику Нидерландов по охране сексуального и репродуктивного здоровья молодежи проходит мысль о том, что законы должны отражать реальное положение вещей, а не идеологию (Ketting, 1994). Коротко говоря, правительство отреагировало на потребности и права молодежи проведением такой политики, которая обеспечивает доступ к информации и услугам. В настоящее время частотность незапланированных беременностей и аборт в Нидерландах одна из самых низких в мире.

же, как и применительно к подросткам, секс вне брака только ради наслаждения и близости не соответствует социальным нормам, диктующим, кто и когда должен вступать в половую связь. Процентная доля взрослых людей, которые никогда не состояли в браке, неуклонно растет во всех частях мира, вследствие чего у государств появляются новые обязанности, касающиеся удовлетворения потребностей лиц более зрелого возраста в планировании семьи (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2009). Достигнув более зрелых лет, женщины и мужчины имеют неудовлетворенные потребности в услугах, рассчитанных именно на эту возрастную категорию.

Мужская фертильность снижается очень медленно в течение многих лет (Институт Гутмахера, 2003, цитаты в следующих источниках: Barker and Pawlak, 2011). Мужчинам более пожилого возраста, которые сохраняют свою фертильность гораздо дольше, чем женщины, часто никто не помогает предотвратить рискованную беременность, являющуюся следствием их интимных отношений, многие из которых связывают их с более молодыми женщинами. Поскольку все больше не состоящих в браке мужчин и женщин вступают в половые отношения *после* брачного периода и после расторжения брака, дополнительные усилия по просвещению мужчин более зрелого возраста, чтобы они знали о всех возможных методах и о пользе контрацепции, включая презервативы и бескальпельную вазектомию, могли бы помочь людям более пожилого возраста избежать нежелательной и рискованной беременности, что дало бы возможность женщинам более пожилого возраста реализовать их право на здоровье.

3 Лица мужского пола

Мужчины и женщины, имеющие гетеросексуальные отношения, могут быть партнерами, обсуждающими вопрос о том, когда у них будут появляться дети и с какими интервалами между деторождениями. Однако потребностям и роли

мужчин и мальчиков в планировании семьи до сих пор уделялось меньше внимания, чем их роли партнеров, заботящихся о здоровье женщины (Barker and Pawlak, 2011). Учитывая имеющиеся данные, которые говорят о возрастании роли участия мужчин и мальчиков в охране здоровья и в обеспечении гендерного равенства, следует признать, что реакция государств на взаимосвязанные потребности как женщин, так и мужчин в планировании семьи пока что слишком ограниченная и явно недостаточная (Barker et al., 2010).

Растущий массив данных, собранных за последние 20 лет, показал, что негативные гендерные нормы оказывают влияние на отношение и поведение мальчиков и мужчин, а это имеет отрицательные последствия для женщин и девочек, а также для самих мужчин и мальчиков (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007; Barker et al., 2011). Те же самые исследования, проведенные в самых различных средах, выявили, что мальчики и мужчины могут демонстрировать и часто действительно демонстрируют такое отношение и поведение, которое свидетельствует о том, что они поддерживают гендерное равенство, и которое направлено на укрепление здоровья их самих, их партнеров и членов их семьи. Эти данные все чаще являются руководством к действию при разработке политики и программ в области планирования семьи.

Кроме того, несколько международных конвенций и соглашений, включая Программу действий МКНР, провозглашают важность мужского участия в семейной жизни, в том числе в охране сексуального и репродуктивного здоровья и в планировании семьи. В настоящее время уже больше правительств участвуют в диалоге о роли мужчин в охране сексуального и репродуктивного здоровья, и все больше учреждений, занимающихся практическими вопросами развития, учитывают гендерные факторы при разработке программ.

Международное сообщество признало, что партнеры-мужчины оказывают значительное влияние на решения партнеров, касающиеся

деторождения (ЮНФПА, 1994; Bankole and Singh, 1998). Однако многим учреждениям, обслуживающим структурам и организациям гражданского общества все еще приходится бороться с широко распространенным убеждением в том, что мальчики и мужчины не проявляют никакого интереса к планированию семьи. Мужчин и мальчиков часто приучают с раннего возраста считать, что регулирование рождаемости — это женская обязанность, и даже когда мужчины хотят играть более заметную роль, они часто отстраняются органами, предоставляющими услуги в этой области. Исследования по вопросу о том, как гендерные нормы влияют на поведение мальчиков и мужчин, показали, что стереотипные представления об их отношении и поведении ошибочны, и это высветило новые возможности для пропаганды здорового образа жизни и усилий по достижению гендерного равенства.

Сексуальное поведение и сексуальные потребности мужчин существенно различаются по регионам. Например, есть различия в том, когда мужчины занимаются половой жизнью. Самые последние данные обследований народонаселения и домашних хозяйств по 30 странам говорят о том, что молодые мужчины имеют половые отношения на протяжении многих лет, прежде чем вступают в брак (IFC Macro DHS Statcompiler). Интервалы между началом половой жизни и вступлением в брак варьируются от 1,1 года в Южной и Юго-Восточной Азии до 6,8 лет в Латинской Америке и Карибском бассейне. В странах Африки к югу от Сахары молодые мужчины вступают в брак через 4,8 года после первого полового контакта.

Если подростки и юноши не получают соответствующую информацию и необходимые им услуги в этот период между их первым половым контактом и образованием устойчивой пары, им — как и их партнерам — больше угрожают заболевания, передаваемые половым путем, и незапланированная беременность. Программы по планированию семьи, предназначенные в первую очередь для супружеских

пар и направленные прежде всего на охрану материнского здоровья, реже охватывают эти категории мужчин.

Частично в результате усилий по профилактике ВИЧ-инфекции молодые мужчины сейчас лучше осведомлены о доступных им методах контрацепции (Abraham, Adamu and Deresse, 2010). Мужчины, образовавшие союзы, лучше знают о методах контрацепции, которыми они могут воспользоваться; в последние годы они лучше осведомлены о презервативах, зато о вазектомии знает относительно немного человек.

Хотя все больше мужчин знают о мужских методах контрацепции, женщины по-прежнему составляют 75 процентов тех, кто пользуется контрацепцией во всем мире (Организация Объединенных Наций, 2011). Организация Объединенных Наций сообщила, что в 2009 году только 9 процентов замужних женщин в развивающихся странах использовали такой метод контрацепции, который требует

▼ В Кинаабе (Уганда) мужчина держит на руках своего ребенка, пока его жене делают инъекцию для введения противозачаточного препарата длительного действия.

©UNFPA/Omar Gharzeddine



мужского участия, например, презервативы и мужскую стерилизацию (Организация Объединенных Наций, 2009).

Предпочтения мужчин относительно размеров семьи изменились. Сегодня большинство молодых мужчин хочет иметь меньше детей. В результате этого юноши и взрослые мужчины могут больше нуждаться в информации и услугах, которые помогли бы им решать, когда заводить детей (Институт Гутмаера, 2003).

Распространенность применения средств контрацепции среди молодых мужчин (в возрасте от 15 до 24 лет) варьируется во всем мире в широких пределах; так, в Северной Америке, Европе и Латинской Америке и Карибском бассейне от 63 до 93 процентов молодых мужчин, судя по их словам, используют те или

Странам при поддержке международного сообщества следует защищать и поощрять права подростков на просвещение, информацию и помощь в области репродуктивного здоровья и значительно сократить количество беременностей в подростковом возрасте... Правительствам в сотрудничестве с неправительственными организациями настоятельно рекомендуется удовлетворять особые потребности подростков и разрабатывать надлежащие программы в целях удовлетворения этих потребностей. Такие программы должны включать в себя вспомогательные механизмы в интересах просвещения подростков и оказания им консультативных услуг по вопросам взаимоотношения полов и их равенства, насилия в отношении подростков, ответственного сексуального поведения, ответственной практики планирования семьи, семейной жизни, репродуктивного здоровья, заболеваний, передаваемых половым путем, профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа.

— Программа действий МКНР, статьи 7.46 и 7.47

иные методы контрацепции (Организация Объединенных Наций, 2007). Эти цифры очень сильно отличаются от статистики по большинству стран Африки, расположенных к югу от Сахары, где менее 50 процентов молодых мужчин, которые ведут активную половую жизнь, использовали презерватив, когда они последний раз имели половые сношения. Общемировая статистика показывает, что женская стерилизация остается самым распространенным методом контрацепции: его выбирают 20

процентов замужних женщин (Организация Объединенных Наций, 2011). Этот показатель намного выше в некоторых странах, поскольку он зависит от репродуктивного поведения и от диапазона обратимых методов контрацепции, имеющихся в распоряжении женщин.

Международное сообщество добилося гораздо более широкого участия мужчин в усилиях по профилактике ВИЧ-инфекции, а работа на низовом уровне по профилактике ВИЧ-инфекции содействовала тому, что больше мужчин стало применять мужские презервативы. И, тем не менее, Всемирная организация здравоохранения сообщает, что лишь менее трети (31 процент) молодых мужчин в развивающихся странах «хорошо и правильно» понимают, что такое ВИЧ, а это говорит о необходимости наращивания усилий по охране сексуального и репродуктивного здоровья мужчин, в том числе по развитию полового просвещения и пропаганде средств контрацепции (Организация Объединенных Наций, 2009b).

Мужчины все чаще заявляют о своем желании активнее участвовать в планировании семьи, в том числе в усилиях по сокращению числа незапланированных беременностей (Barker and Pawlak, 2011). До 50 процентов мужчин в некоторых странах — в Бразилии, Германии, Испании, Мексике и Соединенных Штатах — готовы обдумать вопрос о применении гормональных противозачаточных средств для мужчин, если такие средства будут им предложены (Glasier, 2010). Вовлечение мужчин с самого раннего репродуктивного возраста в программы планирования семьи может содействовать более конструктивному обсуждению партнерами вопроса о том, когда и с какими интервалами они хотят заводить детей.

4 Другие маргинализированные группы

Коренное население и этнические меньшинства. Коренные жители и этнические

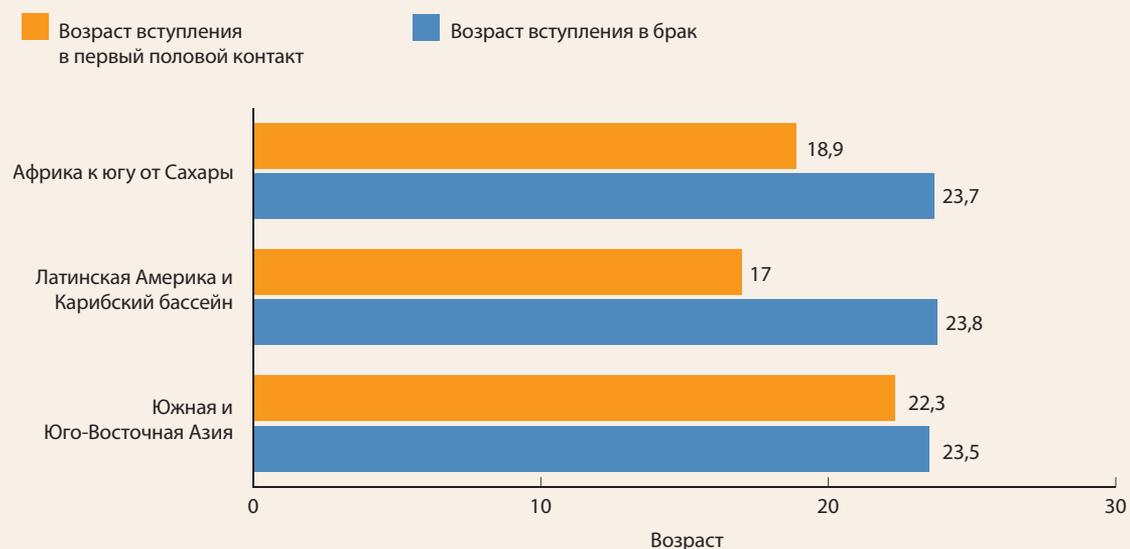
меньшинства часто не имеют доступа к средствам планирования семьи. Анализ результатов собеседований показывает, что лица, оказывающие услуги, сами с трудом могут помогать представителям этнических меньшинств и коренного населения, потому что подчас не могут адекватно общаться с ними или не понимают их культуру (Silva and Batista, 2010; Соорер, 2005). Предубеждения в отношении этих групп населения могут привести к уменьшению ассигнований на охрану их сексуального и репродуктивного здоровья (Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций, 2009).

О пагубных последствиях недостаточного государственного финансирования можно судить по большим расхождениям ключевых

показателей репродуктивного и материнского здоровья между женщинами из числа коренного населения и женщинами из других групп населения. К таким показателям относятся уровень материнской смертности, общий уровень рождаемости и неудовлетворенные потребности в планировании семьи (Silva and Batista, 2010).

В нескольких странах мира существуют значительные различия в уровнях здравоохранения между коренными и некоренными жителями. Например, в Гватемале, где коренное население (майя, ксинка и гарифуна) составляет почти 40 процентов всего населения страны и 75 процентов малоимущих, у 39 процентов замужних женщин из числа коренного населения в возрасте от 15 до 49 лет есть неудовлетворенные потребности в планировании семьи, и поэтому

ПОТРЕБНОСТИ В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ, ВЫРАЖЕННЫЕ В ВИДЕ МНОГОЛЕТНЕГО ИНТЕРВАЛА МЕЖДУ ВОЗРАСТОМ НАЧАЛА ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ У МУЖЧИН И ВОЗРАСТОМ ИХ ВСТУПЛЕНИЯ В БРАК



- В странах Африки к югу от Сахары молодые мужчины начинают половую жизнь примерно за 5 лет до вступления в брак
- В Латинской Америке и Карибском бассейне молодые мужчины, как правило, начинают половую жизнь, не достигнув 18-летнего возраста, а в брак вступают почти через 7 лет после этого
- В Южной и Юго-Восточной Азии интервал (1,1 года) между возрастом, когда мужчина, по его словам, имеет первый половой контакт, и возрастом его вступления в брак значительно меньше, чем в других регионах.

Источник: отдельные страны с самыми последними данными обследования народонаселения и домашних хозяйств; источник: IFC Macro DHS Statcompiler

они не в состоянии осуществить свое право на планирование семьи (Министерство здравоохранения и социальной помощи Гватемалы, 2003). А вот среди тех женщин, которые не являются представителями коренного населения, неудовлетворенные потребности в планировании семьи есть только у 22 процентов. Эти различия в возможностях получения услуг являются одной из причин высокого уровня рождаемости (6,1) среди женщин из числа коренного населения, у которых уровень материнской смертности также выше, чем среди женщин из числа некоренного населения.

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Работа ЮНФПА с коренным населением в Латинской Америке

Для того чтобы снизить высокую материнскую и младенческую смертность среди женщин, девушек и девочек из числа коренных жителей, ЮНФПА пытается расширить их доступ к высококачественным, безопасным и приемлемым в культурном отношении услугам по охране здоровья матерей и новорожденных и по охране репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи (ЮНФПА, 2012d). При этом ЮНФПА содействует межкультурному диалогу между народными системами здравоохранения и общенациональными системами здравоохранения, которые в основном относятся к западным, аллопатическим системам здравоохранения, поддерживая в то же время деятельность на низовом уровне, которая обеспечивает привлечение местного населения ради спасения жизни женщин. Эта роль «посредников в отношениях между культурами», которую играют авторитеты и лидеры из числа коренного населения, включая народных акушеров, очень важна для этого процесса.

ЮНФПА внес также свой вклад в расширение знаний о коренных народах на региональном и национальном уровнях путем сбора и анализа статистических данных, выступая за включение вопросов, касающихся

коренных народов, в обследования народонаселения и домашних хозяйств, а также содействуя улучшению медицинской и другой административной статистики. ■

Инвалиды. В Конвенции о правах инвалидов признаны их конкретные права и прописаны соответствующие обязанности государств. Конвенция указывает, что инвалиды обладают правосубъектностью наравне с другими во всех областях жизни (статья 12), имеют право вступать в брак и создавать семью и сохранять свою фертильность (статья 23) и имеют доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья (статья 25).

Исследования показывают, что инвалиды сталкиваются с дискриминацией, которая нарушает их права, а социальные предрассудки ограничивают их возможности добиваться успехов в учебе, на работе и дома (Всемирная организация здравоохранения, 2011). Кроме того, инвалиды обычно живут в менее благоприятных социально-экономических условиях или в нищете (Scheer et al., 2003; Европейская комиссия, 2008).

Во всем мире распространено мнение, что инвалиды не имеют сексуальных желаний и что их сексуальность и фертильность должны быть поставлены под контроль (Всемирная организация здравоохранения, 2009). Однако инвалиды ведут активную половую жизнь, и есть данные исследований о том, что существует и много других неудовлетворенных потребностей в планировании семьи (Maart and Jelsma, 2010; Всемирная организация здравоохранения, 2009). Несмотря на положения законов, которые дают инвалидам право планировать беременность и определять время ее наступления, инвалидов чаще исключают из программ полового просвещения (Rohleder et al., 2009; Танзанийская комиссия по СПИДу, 2009). В результате проведенных исследований были также задокументированы случаи принудительной стерилизации женщин-инвалидов (Servais, 2006; Grover, 2002). Недобровольная

стерилизация не соответствует международным стандартам в области прав человека.

Люди, живущие с ВИЧ. Исследования, проведенные как в развитых, так и в развивающихся странах, показали, что ВИЧ-положительный статус не убивает желание иметь детей (Rutenberg et al., 2006). Конкретные воззрения женщин и мужчин, живущих с ВИЧ и обдумывающих вопрос о том, не завести ли им детей, по-прежнему связаны со стигматизацией и дискриминацией со стороны членов их семьи, общества в целом или системы здравоохранения (Oosterhoff et al., 2008).

Если женщины и мужчины имеют доступ к антиретровирусным препаратам, то диагноз «ВИЧ-инфекция» теперь означает лишь то, что у них есть хроническое заболевание, которое будут лечить. Хотя всеобщего доступа к препаратам, спасающим жизнь, удалось добиться не во всех регионах мира, международное сообщество в значительной мере расширило этот доступ. В странах с низким и средним уровнем дохода число людей, получающих лечение, достигло 6,65 миллиона, то есть за семь лет это число выросло в 16 раз (Всемирная организация здравоохранения, 2011). По мере того как мир будет продвигаться к всеобщему обеспечению больных антиретровирусными препаратами, будет расти число людей, живущих с ВИЧ, которые будут искать возможности для того, чтобы дать выход своей сексуальности и планировать семью.

Женщины и мужчины, живущие с ВИЧ, сообщают, что члены их семьи, местные авторитеты и работники медицинских учреждений оказывают на них сильное давление с целью заставить их отказаться от намерения завести детей. В большинстве случаев такое давление связано с опасениями перинатальной передачи ВИЧ ребенку или с заботой о благополучии детей, родители которых могут умереть преждевременно от СПИДа (Cooper et al., 2005; МФПР, 2005). Поскольку продолжительность жизни людей, являющихся носителями ВИЧ,

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ В РАМКАХ ПРОГРАММ ПО ОКАЗАНИЮ ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: СОМАЛИ

У женщин в Сомали самый высокий уровень рождаемости в мире: в среднем на каждую женщину приходится более 6 детей (Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, 2012b). Несмотря на конфликты, голод и высокую материнскую, младенческую и детскую смертность, численность населения страны за последние 50 лет почти утроилась. В этой пасторальной стране, где так много людей погибло на войне, дети имеют огромную ценность.

На протяжении последних двух десятилетий, когда в Сомали были конфликты, а с 1991 года не было действующего центрального правительства, внимание международного сообщества было направлено в первую очередь на регулирование политического кризиса и оказание чрезвычайной гуманитарной помощи. В таких условиях разработка программ и создание медицинских учреждений, которые необходимы для стимулирования и удовлетворения спроса на услуги по планированию семьи, не входили в число приоритетов.

Некоторые полагают, что единственный способ эффективно донести информацию о методах планирования семьи до сомалийцев, большинство из которых – глубоко верующие мусульмане-сунниты, заключается в использовании религии. Сотрудничество с религиозными организациями может ослабить религиозное и социальное давление на женщин, которые пытаются регулировать интервалы между деторождениями. Такие традиционные методы контрацепции, как прерывание полового акта и кормление ребенка только грудью, находят широкое признание в сомалийском обществе. ЮНФПА сотрудничает с неправительственными и правительственными организациями для того, чтобы обеспечить снабжение основными средствами охраны репродуктивного здоровья и оказание услуг. Поскольку голод сейчас уже не свирепствует с прежней силой, в Сомали появилась возможность сосредоточить теперь усилия на осуществлении программ по планированию семьи в целях обеспечения благосостояния будущих поколений.

увеличивается, растет число тех из них, кто задумывается о том, чтобы стать родителями. В большинстве стран деторождение является ключевым компонентом социальной идентичности как женщин, так и мужчин; семья и все общество часто подводят людей к мысли о том, что у «здорового человека» должны быть дети.

Стигматизация ВИЧ-инфицированных людей, которые намерены родить ребенка, носит различный характер и зависит от обстоятельств. Например, исследования, проведенные в Зимбабве, показали, что женщины хотели бы иметь детей, но не считают себя достаточно защищенными для того, чтобы осуществить свою мечту, так как боятся гнева общества, в том числе из-за возможности передачи ВИЧ

их детям (Feldman and Maposhere, 2003; Craft et al., 2007). Другие исследования, проведенные в Кот-д'Ивуаре и Южной Африке, выявили, что некоторые женщины хотят забеременеть специально для того, чтобы избежать клейма бездетности, и причины этого желания кроются не только в социальных ожиданиях, что женщина должна стать матерью, но и в том, что стремление избежать беременности часто истолковывается как признак ВИЧ-положительного статуса (Aka-Dago-Akribi et al., 1999).

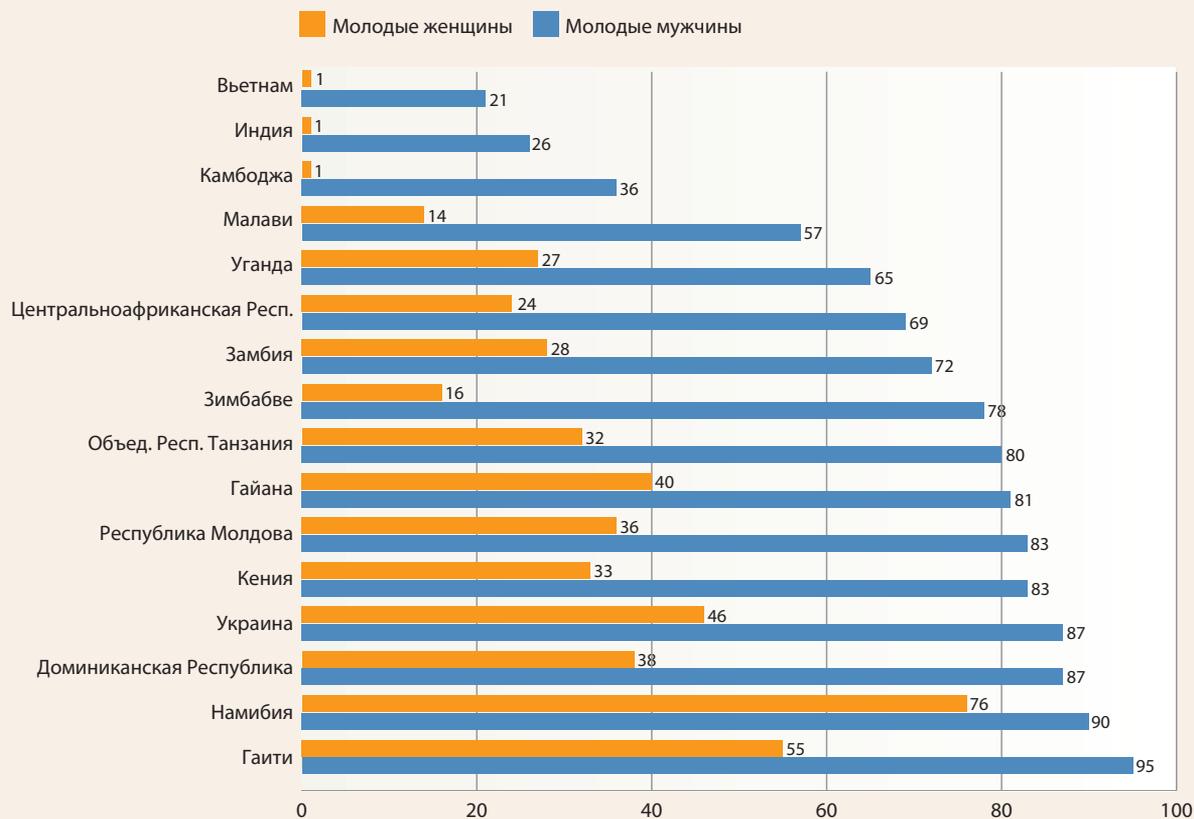
Поскольку презервативы являются самым доступным средством контрацепции, которое служит также защитой от ВИЧ-инфекции, Всемирная организация здравоохранения рекомендует мужчинам и женщинам, живущим с ВИЧ, которые стремятся избежать беременности, применять презервативы либо наряду с каким-то другим методом контрацепции, либо без него (Всемирная организация здравоохранения, 2012; Cooper et al., 2007).

Исследования свидетельствуют о том, что

ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ МОЛОДЫЕ МУЖЧИНЫ ЧАЩЕ, ЧЕМ МОЛОДЫЕ ЖЕНЩИНЫ, ВСТУПАЛИ В РИСКОВАННЫЕ ПОЛОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ С ПАРТНЕРОМ, С КОТОРЫМ ОНИ НЕ СОСТОЯТ В БРАКЕ И НЕ СОЖИТЕЛЬСТВУЮТ

(ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ВОЗРАСТЕ 15–24 ЛЕТ)

Вывод, касающийся планирования семьи: лицам как состоящим, так и не состоящим в браке, необходим доступ к средствам контрацепции, чтобы избежать нежелательных беременностей

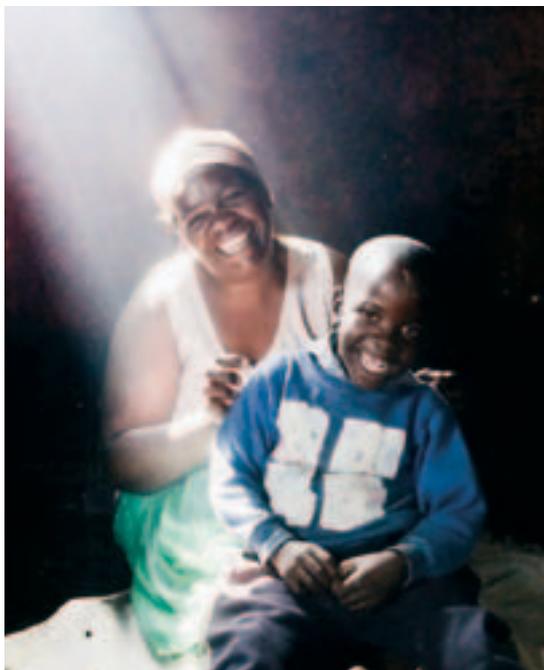


Источник: обследования по ВИЧ/СПИДу, обследования народонаселения и домашних хозяйств, обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки и другие обследования домашних хозяйств, 2005-2009 годы. По каждой стране данные относятся к самому последнему году указанного периода.

ВИЧ может отрицательно влиять на фертильность как мужчины, так и женщины (Lyerly, Drapkin and Anderson, 2001). Кроме того, в случае смешанного союза — то есть в ситуации, когда один человек является носителем ВИЧ, а другой нет, — могут применяться различные методы, направленные на рождение здорового ребенка. Искусственное осеменение способно уменьшить риск инфицирования, когда носителем ВИЧ является женщина. Если же носителем ВИЧ является партнер-мужчина, обеспечение здоровой беременности может оказаться более сложным, проблематичным и дорогостоящим делом (Semprini, Fiore and Pardi, 1997).

Нищие. За последние 20 лет удалось добиться успехов в укреплении сексуального и репродуктивного здоровья, однако его состояние зависит от уровня доходов (ЮНФПА, 2010). Увеличение разрыва в уровнях доходов привело к росту числа людей, которые лишены возможности реализовать свое право на планирование семьи. Более того, исследования говорят о том, что непропорционально большая доля государственных расходов идет на охрану здоровья и образование более обеспеченных слоев общества, в результате чего растет вероятность того, что сегодняшнее неравенство будет лишь расти как внутри стран, так и между ними (Gwatkin, Wagstaff and Yazbeck, 2005).

Обследования народонаселения и домашних хозяйств в 24 странах Африки к югу от Сахары показывают, что самые малообеспеченные и хуже всех образованные женщины «сдали позиции», а девочки-подростки из бедных семей реже всех применяют средства контрацепции систематическим образом и имеют больше всего неудовлетворенных потребностей в средствах планирования семьи (ЮНФПА, 2010). Например, только 10 процентов женщин из самых бедных домашних хозяйств применяют средства контрацепции, тогда как среди женщин, принадлежащих к самым богатым домашним хозяйствам, методами контрацепции пользуются 38 процентов.



▶ Пасьянс Мапфумо, 37 лет, с ее пятилетним сыном Джофатом, который родился, не заразившись ВИЧ.
© Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation

ПОЛИТИКА ОГРАНИЧЕНИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Криминализация экстренной контрацепции в Гондурасе

В апреле 2012 года Конгресс Гондураса принял закон, предусматривающий меры уголовного наказания медработников, которые распространяют средства экстренной контрацепции, в том числе предоставляя информацию об экстренной контрацепции. Любая женщина, которая применяет или пытается применить средства экстренной контрацепции для того, чтобы не допустить незапланированной беременности, нарушает закон. Это законодательство распространяется на всех женщин, включая жертв изнасилования.

Ограничения на планирование семьи в Маниле

Уже в течение более десяти лет вследствие запрета на современные средства контрацепции в Маниле (Филиппины) женщины не имеют возможности планировать семью. В 2000 году мэром Манилы был издан приказ, запрещающий применение искусственных методов контрацепции, таких как презервативы, таблетки, внутриматочные устройства, хирургическая стерилизация и так далее. Имеющиеся в этом городе медицинские учреждения, которые получают финансирование от городских властей, лишены права предоставлять современные средства контрацепции.

В 2008 году против городских властей был подан иск, в котором этот запрет был охарактеризован как антиконституционный и нарушающий обязательства Филиппин по международному праву. Этот иск был отвергнут, затем была подана апелляция, и после этого иск вновь был отклонен Верховным судом. В апреле 2009 года это дело было подано в районный суд Манилы.

Источники: Международный консорциум за экстренную контрацепцию, 2012; Центр за репродуктивные права, 2012; Центр за репродуктивные права, 2010; EnGendeRights, 2009.

Вследствие социального отчуждения малоимущим труднее получить доступ к информации и услугам в области планирования семьи, чем людям, занимающим более высокое социально-экономическое положение в обществе. Это неравенство наносит ущерб здоровью женщин, ущемляет права мужчин и женщин и подрывает усилия по уменьшению нищеты (Greene and Merrick, 2005). Например, исследования говорят о том, что уровень рождаемости вырос среди самых

слои населения, с которыми трудно установить контакт, однако место жительства все же влияет на возможности получения услуг по планированию семьи.

В некоторых странах женщины и мужчины, проживающие в сельских районах, могут без труда получить доступ к высококачественной информации и услугам в области планирования семьи. Например, в сельских районах стран Африки к югу от Сахары только 17 процентов малоимущих женщин пользуются контрацептивами, тогда как в городских районах — 34 процента (Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, 2010). Существуют также значительные расхождения между группами сельского населения, а за общенациональной статистикой доходов на основе квинтильных групп могут скрываться существенные расхождения как между группами сельского населения, так и между группами городского населения. Например, исследования в Латинской Америке и в странах Африки к югу от Сахары показывают, что, когда скорректированные квинтильные группы сельского населения берутся за основу при изучении показателей планирования семьи, оказывается, что женщины, входящие в квинтильные группы самых богатых слоев сельского населения, имеют более широкий доступ к услугам по планированию семьи (Foreit, 2012).

В других странах быстрая урбанизация привела к тому, что правительства тоже не успевают создавать инфраструктуру, необходимую для предоставления высококачественных услуг по планированию семьи городской бедноте. В настоящее время более половины населения всего мира живет в городах, а в предстоящие десятилетия почти весь прирост численности населения во всем мире будет в городах и поселках городского типа, причем урбанизация будет происходить быстрее всего в Африке и Азии (Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, 2007). Две трети городского населения Африки живут в неформальных застройках, где

«Репродуктивное здоровье для многих людей в сегодняшнем мире недоступно в силу таких факторов, как: недостаточный уровень информированности о сексуальности человека и неадекватность или плохое качество информации и услуг в области репродуктивного здоровья; преобладание сексуального поведения, сопряженного с повышенным риском; дискриминационная социальная практика; негативное отношение к женщинам и девочкам, а также ограниченность возможностей многих женщин и девочек влиять на свою половую и репродуктивную жизнь. Особенно уязвимыми из-за отсутствия информации и доступа к соответствующим услугам в большинстве стран являются подростки. Пожилые женщины и мужчины сталкиваются со специфическими проблемами, связанными с репродуктивным и сексуальным здоровьем, которые зачастую решаются неадекватно».

— Программа действий МКНР, 1994, статья 7.3

необразованных и самых малоимущих девочек-подростков, многие из которых живут в сельской местности (ЮНФПА, 2010). И наоборот, уровень рождаемости среди более образованных девочек-подростков, которые принадлежат к 60-процентной группе самых богатых домашних хозяйств в городских районах, остается низким или даже снижается с 2000 года.

Жители сельских и городских районов, с которыми трудно установить контакт. В большинстве развивающихся стран общенациональные показатели нищеты напрямую связаны с местом жительства; в городах богатых домашних хозяйств обычно больше, чем в сельской местности (Bloom and Canning, 2003). В тех или иных странах существуют различные

отсутствие инфраструктуры и угроза насилия мешают женщинам пользоваться транспортом и медицинскими услугами (ООН-Хабитат, 2003; Taylor, 2011). Многие деторождения в городских районах развивающихся стран являются незапланированными; с точки зрения распространенности средств контрацепции существует разница в 30-40 процентов между женщинами из самых богатых и женщинами из самых бедных домашних хозяйств в городах (Ezeh, Kodzi and Emina, 2010).

Исчерпание запасов, перебои с поставками и высокие цены увеличивают неудовлетворенные потребности тех плохо обслуживаемых групп как городского, так и сельского населения, которые трудно охватить программами по планированию семьи. Кроме того, нехватка адресной информации о потребностях людей, живущих в отдаленных сельских районах и в густонаселенных городских районах, входит в число главных причин менее широкого применения средств контрацепции и более серьезных неудовлетворенных потребностей (Ezeh, Kodzi and Emina, 2010).

Мигранты, беженцы и перемещенные лица.

Миграция и перемещение, то есть передвижение населения из одного места в другое, становятся все более распространенными. За последние 10 лет общее число международных мигрантов увеличилось примерно со 150 миллионов в 2000 году до 214 миллионов в 2008 году (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2008а). Причины миграции и перемещения населения на территории одной страны и с пересечением международных границ различны, однако, как отмечает Всемирная организация здравоохранения, независимо от того, являются ли эти процессы добровольными или вынужденными, происходят ли они по политическим, экономическим, социальным или экологическим причинам, наличие большого числа людей, которые поменяли свое место жительства, ставит перед международным сообществом серьезные

«... культура оказывает влияние на состояние репродуктивного здоровья женщин в силу того, что она определяет, в частности, возраст начала половой жизни и виды половых отношений, формы брака, число детей и интервалы между деторождениями, возраст половой зрелости, механизмы принятия решений и способность женщин контролировать финансовые средства. Социальные и культурные гендерные стереотипы и роли объясняют также, почему так много юношей и мужчин оказываются на обочине стратегий и программ в области сексуального и репродуктивного здоровья, несмотря на свою ключевую роль в этой области и имеющиеся у них потребности в информации и услугах».

— **Стратегия ЮНФПА в области планирования семьи, 2012 год**

задачи в области здравоохранения (Всемирная организация здравоохранения, 2003).

В международных документах по правам человека прямо признается, что правами человека, включая право на здоровье и планирование семьи, обладают все люди, в том числе мигранты, беженцы и другие лица, не являющиеся гражданами данной страны (Всемирная организация здравоохранения, 2003). Если мигранты и перемещенные лица станут изгоями в обществе и будут лишены возможности осуществить эти права, они не смогут в полной мере пользоваться медицинскими услугами, включая услуги по

УКРЕПЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ ПРОГРАММАМИ БОРЬБЫ С ВИЧ И ПРОГРАММАМИ ПО ОХРАНЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В ЗИМБАБВЕ

В Зимбабве эпидемия ВИЧ затронула больше всего женщин и девочек репродуктивного возраста: распространенность этой инфекции среди беременных женщин велика, а ВИЧ и СПИД являются причиной почти каждого четвертого случая смерти матери. В 2010 году изучение политики и программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья и по борьбе с ВИЧ/СПИДом показало, что недостаточная взаимосвязка программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья и программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией уменьшает способность медицинских учреждений удовлетворять потребности женщин и девочек в планировании семьи. В сотрудничестве с ЮНФПА, Всемирной организацией здравоохранения и ЮНИСЕФ Министерство здравоохранения и благосостояния ребенка занимается ликвидацией этих недостатков путем разработки новых инструкций по комплексному обслуживанию населения и благодаря курсам переподготовки медработников.

планированию семьи. Женщины (а также мужчины, судя по новым данным) могут стать жертвами сексуального насилия со стороны солдат, охранников, местных жителей и других беженцев, поэтому им грозит нежелательная беременность (Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев и Комиссия по делам женщин-беженцев, 2011).

Как утверждают мигранты и перемещенные лица, находящиеся в развитых и развивающихся

странах, нехватка информации об их правах и службах, имеющихся в их распоряжении, входит в число главных причин, объясняющих, почему они не обращаются в медицинские учреждения (Braunschweig and Carballo, 2001). Например, в ходе одного национального обзора ситуации в нескольких западноевропейских странах было выявлено, что среди женщин-иммигранток уровень материнской смертности и заболеваемости выше, и эта статистика напрямую связана с более низкими показате-

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И ДОСТАВЛЯЮЩАЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЕ СЕКСУАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ

Как сказано в пункте 7.2 Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию, репродуктивное здоровье подразумевает, что «у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь... Охрана репродуктивного здоровья 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». Это комплексное понятие репродуктивного здоровья, то есть понятие, включающее доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, было учтено в целом ряде программ по планированию семьи.

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Курсы по планированию семьи в Иране

В Исламской Республике Иран все пары, которые собираются вступить в брак, должны прослушать лекцию для будущих молодоженов и пройти медосмотр. Перед тем как будущим супружеским парам выдадут результаты этого медосмотра и зарегистрируют их брак, они обязаны прослушать двухчасовую лекцию, посвященную вопросам планирования семьи, профилактики болезней и, что самое важное, эмоциональным и социальным узам, связывающим супругов. В Исламской Республике Иран особое внимание уделяется обсуждению «вопросов половой жизни и эмоциональных связей», в частности, потому, что в стране теперь отмечается большое число разводов. С самого начала эта программа по планированию семьи, проводимая в Исламской Республике Иран, стала одной из самых успешных в мире, и сейчас в этой стране средствами контрацепции пользуются примерно 81,6 процента соответствующих категорий населения.

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Боязнь незапланированной беременности в Мексике

Согласно проведенному в 2008 году исследованию, посвященному одной из традиционных общин в Мексике (Hirsch 2008: 101), в силу своих религиозных верований женщины не пользовались методами планирования семьи (стерилизация была для них главным из имеющихся в их распоряжении методов контрацепции) на протяжении большей части их жизни в репродуктивном возрасте. Поэтому эти женщины зачастую испытывали тревогу в связи с возможностью нежелательной беременности. Только на более позднем этапе своей жизни – после выхода из репродуктивного возраста – женщины имели «возможность получать удовлетворение от половых отношений, не опасаясь незапланированной или нежелательной беременности».

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ВИЧ, секс и применение презервативов

То, что презервативы мешают мужчинам получать сексуальное удовлетворение, признано в качестве одного из факторов, препятствующих применению этого метода контрацепции и профилактики ВИЧ-инфицирования (ЮНЭЙДС, 2000). Однако политика, направленная на поощрение женщин к тому, чтобы они содействовали применению этого метода, существенно изменилась после того, как началась эпидемия ВИЧ/СПИДа (Higgins and Hirsch, 2007). Во многих программах большое внимание уделяется тому, чтобы научить женщин договариваться с мужчинами, учитывая сопротивление мужчин. Однако мы мало знаем о том, почему женщины возражают против применения презервативов мужчинами. Дело в том, что, согласно проведенным в Соединенных Штатах исследованиям, женщинам чаще, чем мужчинам, не нравятся ощущения, появляющиеся тогда, когда мужчина надевает презерватив (Higgins and Hirsch, 2008).

лями использования методов контрацепции (Kamphausen, 2000).

Исследование, проведенное в 2011 году Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев и Комиссией по делам женщин-беженцев в Джибути, Иордании, Кении, Малайзии и Уганде, показало, что люди, живущие в лагерях беженцев, реже пользуются средствами контрацепции, и им, особенно девочкам и мальчикам подросткового возраста, труднее получить доступ к информации и услугам (Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев и Комиссия по делам женщин-беженцев, 2011).

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Расширение доступа к услугам в области планирования семьи в рамках оказания гуманитарной помощи

В рамках оказания чрезвычайной гуманитарной помощи в Южном Судане ЮНФПА организовал поставки противозачаточных таблеток, инъекционных контрацептивов и внутриматочных устройств, а также других средств, необходимых для планирования семьи (Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, 2011а). А в сотрудничестве с Американским комитетом по делам беженцев ЮНФПА участвовал в обучении медработников, местных распределителей и пропагандистов из числа сверстников, чтобы они распространяли знания о методах планирования семьи.

Стратегии и программы часто не удовлетворяют потребности беженцев и вынужденных переселенцев, покидающих родные места на периоды различной продолжительности, в планировании семьи. Работа, направленная прежде всего на предоставление крова, продовольствия и основных медицинских услуг в чрезвычайных ситуациях, не всегда охватывала проведение специальных программ по предоставлению важнейших сведений и услуг, касающихся репродуктивного здоровья.

Однако в последние годы межучрежденческие гуманитарные рабочие группы подготовили ресурсы и механизмы для того, чтобы помочь сотрудникам гуманитарных организаций стимулировать спрос на услуги по планированию семьи и обеспечивать осуществление прав беженцев на планирование семьи. ■

Работники секс-индустрии. Работники секс-индустрии имеют право регулировать время появления на свет своих детей и интервалы между деторождениями, а также использовать презервативы для того, чтобы предохраняться от инфекций, передаваемых половым путем, в том числе от ВИЧ-инфекции. Однако работники секс-индустрии часто подвергаются социальной стигматизации и дискриминации, что мешает им получить доступ к информации и услугам в области планирования семьи (Lin, 2007).

В соответствии с социальными нормами обычно считается, что заниматься сексом как работой аморально, а правоохранительные и медицинские учреждения и их сотрудники могут усиливать дискриминационное отношение и поведение, что имеет пагубные последствия для работников секс-индустрии. Например, в некоторых странах, таких как Ливан и Филиппины, клеймо позора, которое навешивается на тех, кто работает в секс-индустрии и имеет половые отношения вне брака, было использовано для принятия законодательства, не позволяющего людям свободно приобретать презервативы (организация «Хьюман райтс уотч», 2004; Всемирная организация здравоохранения, 2005). В результате этого у работников секс-индустрии часто создается впечатление, что система здравоохранения не намерена удовлетворять их потребности, и в том числе лишает их доступа к полному набору имеющихся средств контрацепции.

Исследования подтверждают, что в тех случаях, когда работники секс-индустрии пытаются получить услуги в области планирования семьи, они делают это неохотно и становятся жертвами предубеждений со



▲ *Нуджуд Санаа в Йемене в 10 лет вышла замуж за мужчину, который был на 20 лет старше ее. Сейчас они разведены.*
©VII/Stephanie Sinclair

стороны медработников, которые игнорируют их потребности в охране сексуального и репродуктивного здоровья, уделяя основное внимание угрозе ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем (Lin, 2007; организация «Хьюман райтс уотч», 2004).

Есть документально подтвержденные случаи в Южной Азии и Юго-Восточной Азии, когда учреждения, предоставляющие услуги по планированию семьи, были обвинены в том, что они разглашали ВИЧ-положительный статус своих клиентов и угрожали им, что информация об их статусе будет доведена до сведения властей (Mgbako et al., 2008).

Эта стигматизация работников секс-индустрии приводит к нарушению всеобщих прав человека. По мнению Всемирной организации здравоохранения, «меры по повышению безопасности половых отношений между работниками секс-индустрии должны быть

частью общих усилий по обеспечению их безопасности, укреплению их здоровья и повышению благосостояния в целом, а также по защите их прав человека» (Всемирная организация здравоохранения, 2005).

Лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендерные личности. Государственные программы по планированию семьи обычно игнорируют потребности тех людей, которые идентифицируют себя как лесбиянки, геи, бисексуалы или трансгендерные личности. По словам Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, «дискриминация по признаку сексуальной ориентации противоречит международным нормам в области прав человека» (Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по правам человека, 2008). Тем не менее при реализации государственных программ по

планированию семьи предпочтение отдается гетеросексуалам. Некоторые из тех, кто входит в вышеперечисленные категории, могут обращаться за услугами по предотвращению незапланированной беременности. Например, мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, и бисексуалы могут пойти на установление гетеросексуальных отношений, не стремясь при этом к тому, чтобы завести детей. В других же случаях лесбиянки и мужчины-гомосексуалы могут изъявить желание иметь детей. Сексуальное насилие над людьми из-за их кажущейся или действительной сексуальной ориентации подвергает женщин риску нежелательной беременности в результате изнасилования, после которого возникает необходимость экстренной контрацепции.

Девочки-невесты. Несмотря на сокращение частотности ранних браков, заключение брака с девочками, которым не исполнилось 18 лет, — это признанный на международном уровне возраст совершеннолетия — до сих пор широко распространено в странах Африки к югу от Сахары и в Южной Азии. Подобные браки с юношами относительно редки. Согласно оценочным данным, 34 процента женщин в возрасте от 20 до 24 лет в развивающихся странах состояли в браке или в союзе еще до достижения своего восемнадцатилетия. Это означает, что в 2010 году было почти 67 миллионов таких женщин. Социальные ожидания, включая ожидания того, что девочки рано выйдут замуж, предопределяют сексуальное поведение девочек, которое пагубно сказывается на их учебе в школе и повышает вероятность раннего брака.

Детские браки ведут к началу половой жизни в тот период, когда девочки очень мало знают о своем организме, о своем сексуальном и репродуктивном здоровье и о своем праве на планирование семьи. Кроме того, на девочек, вышедших замуж, оказывается сильное социальное давление с тем, чтобы они продемонстрировали свою плодовитость, а это повышает вероятность ранних и частых

беременностей. Даже в тех случаях, когда девочка, ставшая женой, имеет полную и точную информацию о том, как предотвращать раннюю беременность, ее неспособность договориться со своим супругом (который, как правило, старше ее) относительно применения тех или иных методов контрацепции или получить доступ к средствам контрацепции входит в число причин высокой частотности подростковой беременности.

Лишь немногие программы по планированию семьи включают стратегии по обслуживанию девочек-невест, которые часто находятся в изоляции, не имеют обширных социальных связей и сталкиваются со многими отрицательными

СТРАНЫ С НАИБОЛЬШЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ДЕТСКИХ БРАКОВ

Страна	% девочек, вступивших в брак до 18-летнего возраста
Нигер	75%
Чад	72%
Бангладеш	66%
Гвинея	63%
ЦАР	61%
Мали	55%
Мозамбик	52%
Малави	50%
Мадагаскар	48%
Сьерра-Леоне	48%
Буркина-Фасо	48%
Индия	47%
Эритрея	47%
Уганда	46%
Сомали	45%
Никарагуа	43%
Замбия	42%
Эфиопия	41%
Непал	41%
Доминиканская Республика	40%

Источник: ЮНФПА, 2012.

последствиями ранней беременности и раннего деторождения. Это еще одна важная сфера, где нужны ассигнования (Malhotra et al., 2011; Bruce and Clark, 2003; ЮНФПА, 2009; Lloyd, 2009; Всемирная организация здравоохранения, 2008; Lam, Marteleto and Ranchhod, 2009; Levine et al, 2008; Mensch, Bruce and Greene, 1999).

Низкое качество услуг как препятствие для планирования семьи

Если услуги ненадежны или оказываются необученным персоналом, или же в случае, если невозможно получить весь набор средств контрацепции и информации, люди с неудовлетворенными потребностями могут решить не прибегать к планированию семьи, и поэтому они не смогут реализовать свои права в этой области.

Во многих странах системы здравоохранения с трудом справляются с задачами, связанными с необходимостью эффективного управления людскими ресурсами, созданием инфраструктуры, способной оказывать услуги, и обеспечением всеми необходимыми материальными средствами и видами оборудования. Жители сельских районов больше всего испытывают на себе последствия слабости систем здравоохранения, которые могут оставить их без услуг, предоставляемых жителям больших и малых городов.

Одним из следствий неумелого применения подхода к здравоохранению на основе принципов прав человека, а также плохой работы с кадрами является дискриминационное отношение медработников, которые не могут справиться со своими предубеждениями. В некоторых учреждениях социальные предрасудки в отношении меньшинств становятся общепринятыми. Отношение медработников может сказываться на качестве информации, предоставляемой конкретным клиентам, в результате чего у людей ограничиваются возможности делать продуманный выбор.

Невозможность реализовать свое право на частную жизнь и неспособность общаться-

ся мешают некоторым группам населения получить услуги. Недавно проведенное исследование по ряду стран выявило, что программы здравоохранения, осуществляемые в лагерях беженцев, не обеспечивают реализацию права на частную жизнь, конфиденциальность и недискриминацию по отношению ко всем, особенно по отношению к подросткам и лицам, не состоящим в браке (Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, 2011). В некоторых случаях вынужденные переселенцы или беженцы не могут получить доступ к высококачественным услугам из-за того, что нет реального желания помогать людям регулировать свою фертильность, если эти люди часто переезжают с места на место, имеют лишь временное жилье и малоимущие (Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, 2011).

Порой учреждения, предоставляющие услуги по планированию семьи, отталкивают людей, которые могли бы воспользоваться ими, как раз тогда, когда может быть нанесен долгосрочный ущерб их здоровью. Например, молодые люди, принадлежащие к отдельным кастам или этническим группам и живущие там, где многие ВИЧ-инфицированы, могут столкнуться с таким враждебным отношением, которое вынуждает их отказаться от обращения за услугами именно в момент, решающий для их сексуальной и репродуктивной жизни (Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций, 2009а). Этнические меньшинства, люди, принадлежащие к низшим кастам, и работники секс-индустрии, которые могут проводить значительную часть своей жизни в бедных, отдаленных и других заброшенных районах, не всегда могут получить доступ ко всем имеющимся средствам контрацепции (УВКБ, 2011). В частности, речь идет о том, есть ли у них возможность получить по месту жительства безопасные инъекционные препараты и внутриматочные устройства,

одобренные Всемирной организацией здравоохранения (Всемирная организация здравоохранения, ЮСАИД и Международная организация по охране здоровья семьи, 2009).

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Таджикистан

Таджикистан принимал меры в целях преодоления нехватки информации и услуг, особенно в сельской местности. Благодаря совместным усилиям ЮНФПА и Министерства здравоохранения Таджикистана был расширен доступ нуждающихся к средствам планирования семьи. Информация и услуги в области планирования семьи предоставляются в рамках комплексного высококачественного обслуживания, нацеленного на охрану репродуктивного здоровья, которое является одним из главных направлений деятельности, предусмотренных в Программе действий МКНР. Таджикистан добился этого путем укрепления потенциала, проведения информационных кампаний, предоставления средств контрацепции и обеспечения соответствующего технического оснащения, необходимого для высококачественного обслуживания. ■

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Индия

В соответствии с демографическими целями Индии в рамках программ по планированию семьи ранее были поставлены задачи, касающиеся применения узкого круга методов контрацепции, и реализация этих методов поручалась в основном медработникам. Многих людей уговаривали или даже принуждали использовать методы планирования семьи, которые дают долгосрочный или пожизненный эффект, и при этом подходе люди не получали возможность воспользоваться всеми существующими методами. Однако есть свидетельства того, что можно удовлетворить потребности населения, не ставя при этом



задачу выйти на конкретные показатели, если вместо этого просто более эффективно реагировать на потребности местных жителей. Поэтому правительство разработало новый подход, при котором услуги по планированию семьи оказывались в более широких рамках услуг по охране репродуктивного здоровья и здоровья ребенка, причем вся работа была основана на планах, составленных на низовом уровне с учетом оценки потребностей женщин в услугах (Murthy et al., 2002). Хотя изменение ориентации крупной национальной программы — это медленный процесс, расширение диапазона методов, менее жесткое контролирование деятельности медработников и более полный учет потребностей местного населения в рамках этой программы привели к росту спроса на услуги по планированию семьи. ■

Законы, препятствующие планированию семьи, могут подрывать права и здоровье человека

Как отметил Ананд Гроувер, Специальный докладчик о праве каждого на наивысший достижимый уровень физического и умственного здоровья, работающий в Совете по правам человека, законы и практические меры,

▲ В одной из деревень Эфиопии женщина, занимающаяся медицинским просвещением, делает укол для введения противозачаточного препарата.

©UNFPA/Antonio Fiorente

ограничивающие доступ людей к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, могут нанести ущерб праву женщин на здоровье и увековечивают стигматизацию и дискриминацию. Государство, которое использует законы для того, чтобы контролировать решения человека относительно планирования семьи, «путем принуждения навязывает свою волю этому человеку», сказал Гроувер в 2011 году.

РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА С ПОМОЩЬЮ МЕСТНЫХ СООТВЕТСТВУЮЩИХ КУЛЬТУРНЫМ ТРАДИЦИЯМ СЛУЖБ В ЛАОССКОЙ НАРОДНО-ДЕМОКРАТИЧЕСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Лаосская Народно-Демократическая Республика – это страна, отличающаяся культурным и этнически разнообразием. Ее коренные жители, которые говорят на четырех уникальных языках, составляют 40 процентов всего населения страны. У этих коренных жителей есть значительные неудовлетворенные потребности в планировании семьи. При поддержке со стороны ЮНФПА Центр охраны здоровья матери и ребенка при Министерстве здравоохранения приступил в 2006 году к реализации инициативы по предоставлению услуг в области планирования семьи с учетом культурных традиций и вкусов клиентов. В рамках этой программы деревенские жители прошли курс обучения для того, чтобы оказывать своим соседям услуги по планированию семьи и обслуживать подростков, молодых людей и супружеские пары. В результате этого доля местного населения, пользующегося контрацептивами, выросла с 12 процентов в 2007 году до 45 процентов в 2011 году.

В МОНГОЛИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТОВ УЛУЧШИЛОСЬ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СРЕДСТВАМИ КОНТРАЦЕПЦИИ

Отсутствие специальной подготовки фармацевтов в Монголии являлось одним из важных факторов, препятствующих надежному обеспечению контрацептивами и другими материалами по охране репродуктивного здоровья до тех пор, пока ЮНФПА не начал сотрудничать с Министерством здравоохранения и с фармацевтическим факультетом Монгольского медицинского университета в целях пересмотра учебных планов подготовки молодых фармацевтов. В настоящее время ежегодно выпускается около 350 фармацевтов, обладающих необходимыми знаниями, чтобы отпускать контрацептивные средства и способствовать снижению уровня неудовлетворенных потребностей в области планирования семьи.

В промежуточном докладе Специального докладчика о праве каждого на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Гроувер призвал государства, в частности, «отменить уголовные и другие законы, ограничивающие доступ к комплексному просвещению и информации по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья». Он заявил также, что законы и другие правовые ограничения, которые затрудняют или запрещают доступ к товарам и услугам, необходимым для планирования семьи, включая средства экстренной контрацепции, нарушают право на здоровье и отражают дискриминационные представления о роли женщины в семье и обществе.

Заключение

Некоторые крупные группы населения подчас игнорируются службами планирования семьи или сталкиваются с непреодолимыми преградами: это молодые люди; не состоящие в браке взрослые люди на пике своего репродуктивного возраста; люди, живущие отдельно от своего партнера по решению суда; мужчины более пожилого возраста; инвалиды; беженцы; люди, живущие с ВИЧ/СПИДом; этнические меньшинства и другие группы с более ограниченными возможностями. Существуют огромные потребности в более систематическом и более щедром предоставлении средств, которые нужны для того, чтобы отсрочить или предотвратить незапланированную беременность.

Такой подход к здравоохранению и планированию семьи, который основан на правах человека, указывает на необходимость смены ориентиров. Для разработки политики и программ на основе прав человека необходимо делать упор на справедливость и отказ от дискриминации в целях достижения равенства, на охват самых забытых, часто маргинализированных и уязвимых, групп и на создание механизмов, укрепляющих систему мониторинга и подотчетности (ЮНФПА, 2010). Чтобы применять подход, основанный на правах



человека, надо не только иметь законы и проводить в жизнь политику, которые запрещают дискриминацию и карают за нее, но и создать системы и стимулировать гражданское участие в целях осуществления этих законов и обеспечения подотчетности.

Половая жизнь все чаще принимает такие формы, которые не соответствуют социальным нормам, диктующим, при каких условиях людям *следует* заниматься сексом. Семьям, общественности, учреждениям и правительствам придется изменить свои стратегии для обеспечения того, чтобы все люди, будучи обладателями прав, включая право на планирование семьи в соответствии с международными

конвенциями, были в состоянии осуществить его. Подростки, не состоящие в браке люди всех возрастов, мужчины и мальчики и другие социально маргинализированные слои, имеющие ограниченный доступ к информации и услугам, входят в число основных подгрупп населения, которые не получили адекватных благ от достигнутых в последнее время успехов в области планирования семьи. В результате этого даже у ведущих прослоек населения есть еще много неудовлетворенных потребностей, а доступ к услугам по планированию семьи до сих пор является скорее привилегией, которой пользуются лишь *некоторые*, а не всеобщим правом, реализуемым *всеми*.

▲ Премьер-министр Великобритании Дэвид Кэмерон и Мелинда Гейтс обсуждают вопросы планирования семьи и добровольческого движения с молодыми людьми на Лондонском саммите по вопросам планирования семьи.

©Russell Watkins/Департамент международного развития Соединенного Королевства



Социальные и экономические последствия планирования семьи

Способность осуществить право человека на планирование семьи — и более широкое право на сексуальное и репродуктивное здоровье — содействует осуществлению других прав, а также приносит много экономических благ людям, семьям, обществу и целым странам. Улучшение состояния репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, влияет на экономику — а значит и на перспективы устойчивого развития — в силу самых различных причин. У женщин, имеющих меньше рискованных беременностей, у которых беременность протекает спокойнее, а роды бывают более безопасными, уменьшается риск смертельного исхода и улучшается общее состояние здоровья.

Их дети рождаются более здоровыми, то есть у них с самого раннего детства более крепкое здоровье. Это улучшение состояния здоровья приносит целый ряд экономических выгод: более длительная учеба, более высокая производительность труда, более активный выход на рынок труда, а в конечном счете — рост доходов, накоплений, инвестиций и активов. Однако есть лишь очень мало данных о влиянии этих факторов на жизнь мужчин.

Ученые, которые пытаются установить степень взаимосвязанности этих факторов, сталкиваются с несколькими трудностями, частично вследствие того, что применение методов планирования семьи зависит от целого ряда переменных величин, включая уровень дохода, образование (особенно образование женщин), возможности трудоустройства женщин, темпы индустриализации, культурные и социальные нормы и расходы на воспитание детей. Измерить эти переменные величины трудно, и они сильно влияют друг на друга.

Планирование семьи и благосостояние женщин Влияние на здоровье

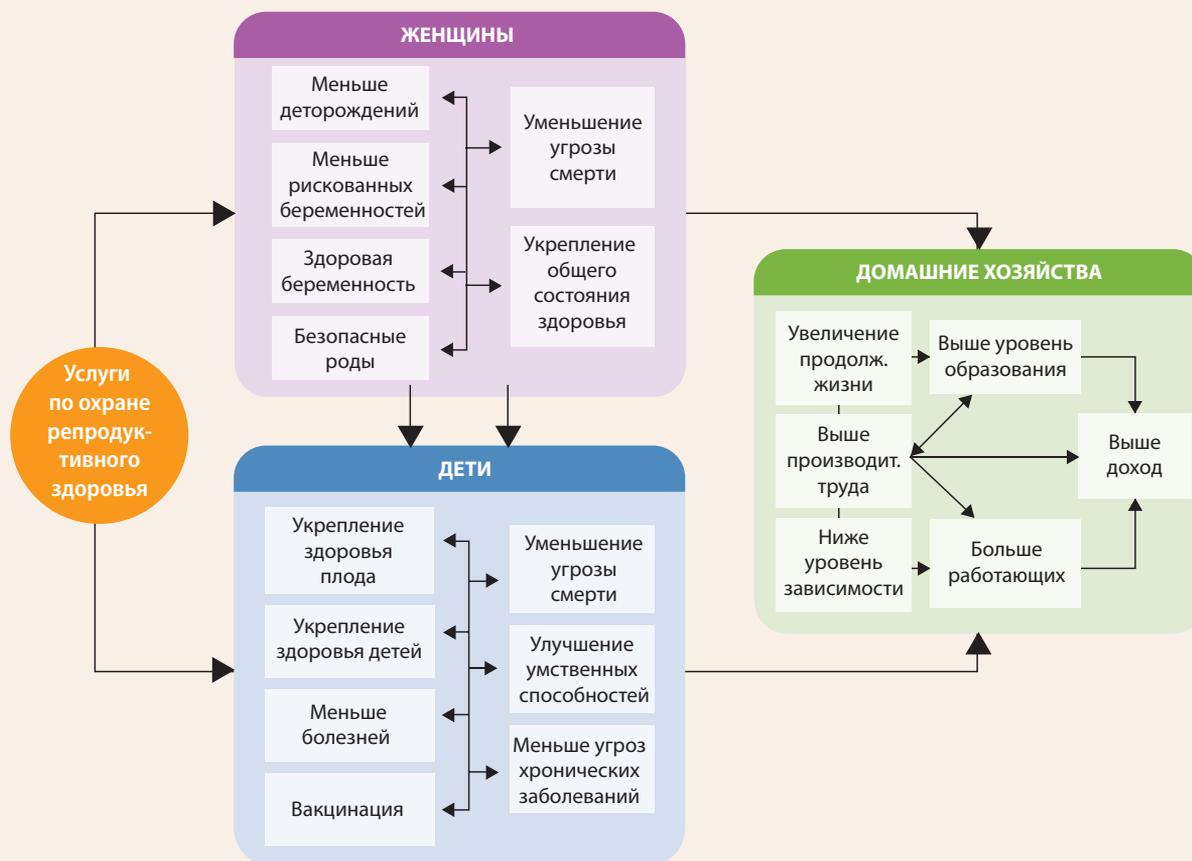
Экономические последствия улучшения состояния репродуктивного здоровья для жизни женщин начинаются с улучшения общего состояния их здоровья, и доступ к услугам по планированию семьи играет ключевую роль в этом отношении. Доступ к услугам по планированию семьи снижает общую рождаемость, число незапланированных беременностей, а также число рискованных беременностей, что сокращает угрозу материнской смертности и заболеваемости в долгосрочной перспективе (Maine et al., 1996). Доступ к услугам по планированию семьи может также привести к более оптимальному распределению деторождений, что, в свою очередь, улучшает общее состояние материнского здоровья, поскольку уменьшает шансы развития синдрома истощения женского организма и угрозу преждевременных родов и осложнений (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez and Kafury-Goeta, 2007).

Например, в Шри-Ланке самые большие сокращения материнской смертности произошли в периоды сокращения частотности родов. Сегодня в Шри-Ланке один из самых высоких уровней распространенности средств контрацепции, один из самых низких уровней рождаемости, один из самых низких уровней материнской смертности и одни из самых лучших в мире показателей материнского и детского здоровья (Seneviratne and Rajapaksa, 2000).

Некоторые самые точные данные о влиянии падения рождаемости на женское здоровье были получены в подокруге Матлаб (Бангладеш), где долгосрочная программа охраны здоровья матери и ребенка обеспечила доставку на дом средств контрацепции,

средств ухода за здоровьем в пренатальный период, вакцин, наборов медикаментов и товаров для безопасного приема родов и оказание самых различных медицинских услуг женщинам на дому. В течение 30 лет эта программа не только сократила рождаемость примерно на 15 процентов и снизила материнскую и детскую смертность, но и имела целый ряд других благоприятных последствий для здоровья женщин. У женщин, которые были охвачены этой программой в течение всей их репродуктивной жизни, увеличился вес и масса тела и улучшилось общее состояние здоровья (Phillips et al., 1988; Muhuri and Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Ronsmans and Khlat, 1999; Chowdhury et al., 2007). Исследования показали, что индекс массы тела

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РЕПРОДУКТИВНЫМ ЗДОРОВЬЕМ И ЭКОНОМИЧЕСКИМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ





◀ Просвещение населения
в Каракасе (Венесуэла).
©Panos/Dermot Tatlow

женщин, охваченных этой программой, пересек черту, после которой риск смертельного исхода снижается (Всемирная организация здравоохранения, 1995). Одно из последних исследований содержит данные о том, что увеличение индекса массы тела на один пункт при значении этого индекса примерно в 18,5 снижает риск смерти на 17 процентов (Joshi and Schultz, 2007).

Положительные последствия планирования семьи для здоровья особенно значительны у более молодых женщин и подростков. У женщин в возрасте от 15 до 19 лет в два раза больше шансов умереть вследствие беременности, чем у женщин более зрелого возраста, из-за их физической незрелости и возрастания риска акушерских осложнений, таких как послеродовой свищ (Miller et al., 2005; Raj et al., 2009).

Предотвращая раннюю беременность, сокращая частотность рискованных беременностей и уменьшая риск преждевременной смерти или

долгосрочной заболеваемости, более широкие возможности планирования семьи создают условия для увеличения продолжительности жизни, удлиняют период получения выгод от инвестиций в человеческий капитал, а также позволяют женщинам перераспределить свое время, чтобы уделять больше внимания другой экономической деятельности. Одно из последних исследований показало, что, если до этих демографических сдвигов женщины в Европе и Северной Америке тратили 70 процентов своей взрослой жизни на вынашивание и воспитание детей, то теперь они тратят на эти цели около 14 процентов своей взрослой жизни (Lee, 2003).

Влияние на учебу

В Колумбии сокращение рождаемости, вызванное программой по планированию семьи под названием «Profamilia», было связано с тем, что продолжительность учебы в школе увеличилась в среднем почти на 0,15 года (Miller, 2009). В



▲ Возвращение с полевых работ, Кирибати.
©UNFPA/Ariela Zibiah

Шри-Ланке сокращение материнской смертности с 1946 по 1953 год увеличило ожидаемую продолжительность жизни женщин на 1,5 года (примерно на 4 процента), а это повысило долю грамотных среди женщин затронутой когорты на 2,5 процента (один процентный пункт) и увеличило продолжительность учебы в школе на 4 процента (0,17 года) (Jayachandran and Lleras-Muney, 2009).

Выбор между школьным образованием и деторождением имеет особенно большое значение для подростков, поскольку деторождение может помешать учебе и подготовке к труду. Взаимосвязи между заключением брака и деторождением зависят от внешних условий или от страны, а причинно-следственные связи между подростковой беременностью и преждевременным прекращением учебы в школе могут быть весьма сложными.

Общенациональное продольное исследование молодежи в Соединенных Штатах Америки показало, что раннее начало половой жизни отрицательно сказывается на успеваемости девочек в школе, даже в том случае, если социально-экономические условия находятся под контролем (Steward, Farkas and Bingenheimer, 2009). Другое исследование, проведенное в Соединенных Штатах, подтвердило, что материнство в подростковом возрасте уменьшает шансы того, что девочка получит аттестат зрелости, на 10 процентов, сокращает годовой доход молодой взрослой женщины на 1000–2400 долл. США и уменьшает продолжительность учебы в школе (Fletcher and Wolfe, 2008).

Подростковая беременность мешает учебе девочек в школе и в развивающихся странах. Ллойд и Менш (2008) подсчитали общий риск того, что девочки, живущие в пяти странах Западной Африки, прекратят посещать школу до завершения среднего образования. Согласно их оценкам, общий риск того, что девочки перестанут учиться в школе вследствие подростковой беременности (или вступления в брак), варьируется от 20 процентов в Буркина-Фасо, Гвинее, Кот-д'Ивуаре и Того почти до 40 процентов в Камеруне. Одно исследование влияния материнства в подростковом возрасте на посещаемость школы и завершение школьного образования в Чили выявило, что материнство уменьшает шансы посещения и окончания средней школы девочками примерно на 24–37 процентов (Kruger et al., 2009).

Хотя некоторые исследования показывают, что девочки, видимо, чаще прекращают учиться в школе после того, как достигают половой зрелости и вступают в добрачные половые отношения, другие сделали вывод, что девочки чаще прекращают учиться в школе не из-за беременности, а по другим причинам (Biddlecom et al., 2008). В некоторых случаях беременность является скорее следствием преждевременного прекращения учебы в школе. Например, данные по Южной Африке говорят

ОЦЕНКИ ОБЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОЖДАЕМОСТИ

СРЕДНИЙ ВАРИАНТ ПРОГНОЗА НА 2010–2015 ГОДЫ

Регионы	Показатель рождаемости (детей на женщину), 2010-2015
Весь мир	2,45
Более развитые регионы	1,71
Менее развитые регионы	2,57
Наименее развитые страны	4,10
Менее развитые регионы за исключением наименее развитых стран	2,31
Менее развитые регионы за исключением Китая	2,86
Африка	4,37
Восточная Африка	4,74
Центральная Африка	5,16
Северная Африка	2,75
Южная часть Африка	2,46
Западная Африка	5,22
Азия	2,18
Восточная Азия	1,56
Южно-Центральная Азия	2,56
Центральная Азия	2,46
Южная Азия	2,57
Юго-Восточная Азия	2,13
Западная Азия	2,85
Европа	1,59
Восточная Европа	1,49
Северная Европа	1,86
Южная Европа	1,49
Западная Европа	1,69
Латинская Америка и Карибский бассейн	2,17
Карибский бассейн	2,25
Центральная Америка	2,41
Южная Америка	2,06
Северная Америка	2,04
Океания	2,45

По данным Организации Объединенных Наций, более чем в 83 странах общий уровень рождаемости опустился ниже уровня простого воспроизводства населения (2,1 ребенка на одну женщину). Правительства некоторых стран, где каждое очередное поколение становится малочисленнее, чем предыдущее, озабочены тем, что сокращается число работников, облагаемых налогами, и растёт число престарелых, нуждающихся в поддержке. По мере того как будет расти число людей и семей, которые в состоянии реализовать свое право на планирование семьи, может становиться полезным общенациональный диалог по вопросам политики в отношении семьи, в том числе в отношении отпуска для родителей по уходу за ребенком, поддержки сферы обслуживания и отмены дискриминации трудящихся с маленькими детьми. Однако любая корректировка

государственной политики не должна ослаблять финансовую и политическую ответственность правительств за обеспечение того, чтобы женщины и мужчины всех возрастов имели неограниченный доступ к информации и услугам высокого качества в области планирования семьи.

В тех странах, где общий уровень рождаемости опустился ниже уровня простого воспроизводства населения, люди и семьи не хотят иметь детей *не потому*, что у них есть доступ к услугам по планированию семьи. Дело в том, что они ставят перед собой цель — иметь меньше детей — и используют имеющиеся у них средства для этого. Доступ к услугам по планированию семьи дал женщинам больше возможностей, в том числе благодаря наличию информации и услуг, для того чтобы настоять на своих правах и выполнить свое решение в отношении деторождения.

о том, что плохая школьная успеваемость связана с повышенным риском беременности, а затем уже возрастает риск прекращения учебы в школе. Это ведет к долгосрочным негативным последствиям для образования, профессиональных навыков, трудоустройства и уровня доходов женщин (Grant and Hallman, 2006).

Влияние на участие женщин в трудовых ресурсах

Доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, увеличивает также возможности женщин получить работу. Во-первых, такой доступ позволяет женщинам контролировать сроки деторождения и тем самым расширяет их возможности выхода на рынок труда. Об этом свидетельствуют итоги выпуска в Соединенных Штатах в 1960 году таблетки Enovid — первой противозачаточной таблетки. Эта таблетка дала американским женщинам беспрецедентную свободу принимать решения, касающиеся как деторождения, так и их карьеры. Анализ последствий выпуска этой таблетки для возраста первого деторождения и выхода женщин на рынок труда говорит о том, что легальный доступ к этой таблетке до достижения 21-летнего возраста значительно уменьшает вероятность первого деторождения до 22-летнего возраста и увеличивает число женщин, занимающихся оплачиваемым трудом, а также количество часов трудовой деятельности в год. Эффект весьма существенный: с 1970 по 1990 год доступ к этой таблетке с молодых лет дал 3 процента из 20-процентного прироста (14 процентов) числа работающих женщин и 67 из 450-часового прироста продолжительности работы в год (15 процентов) среди женщин в возрасте от 16 до 30 лет (Bailey, 2006).

Доступ к услугам по планированию семьи оказывает также влияние на участие в трудовом процессе благодаря сокращению заболеваемости и улучшению общего состояния здоровья. Планирование семьи содействует сокращению числа рискованных

беременностей и беременностей, проходящих с осложнениями, и тем самым уменьшает материнскую заболеваемость и повышает производительность труда женщин.

Но есть исключения из этого правила. В некоторых случаях число трудящихся женщин может *уменьшаться* по мере того, как уменьшается число деторождений, или по мере повышения уровня образования или социально-экономического статуса. Так, осуществление в течение 20 лет проекта по планированию семьи и предоставлению услуг в области охраны репродуктивного здоровья взрослым женщинам на дому в подокруге Маглаб (Бангладеш) привело к значительному повышению благосостояния, но число женщин, занятых оплачиваемым трудом, только уменьшилось при этом. Ученые объясняют этот феномен сильными патриархальными традициями и ограничениями на передвижение женщин, особенно богатых женщин и женщин из верхних слоев общества, в результате чего некоторые из них трудятся на дому вместо того, чтобы заниматься ручным трудом или оплачиваемым трудом за пределами дома. Однако, согласно оценкам, те женщины, которые все же занимались оплачиваемым трудом вне дома, получали заработную плату, которая была более чем на одну треть выше, чем у женщин, которые не получали услуги в рамках вышеупомянутой программы. Этот более высокий уровень зарплаты объяснялся в основном более высоким уровнем образования, которые они получили в период учебы в деревенских школах, охваченных этой программой (Schultz, 2009a).

Укрепление здоровья и повышение доходов в результате планирования семьи также содействуют осуществлению прав женщин

Сокращение рождаемости, укрепление здоровья и повышение уровня доходов могут содействовать реализации прав женщин в быту и в обществе. Недавно проведенное

исследование показало, что, когда рождаемость сокращается, а значение человеческого фактора в экономике возрастает, мужчины начинают изъявлять желание поделить своей властью с женщинами для того, чтобы повысить уровень образования детей, поскольку женщины больше занимаются воспитанием детей и их мнение имеет значение при принятии решений в семье (Doerke and Tertilt, 2009). Мужчин приходится выбирать: ставить на первое место или себя, или своих детей, внуков и будущие поколения. Это заставляет их передавать больше прав женщинам. Этот аргумент подтверждается историческими фактами: опираясь на архивные материалы о дискуссиях в парламентах и на редакционные газетные статьи, авторы этого исследования доказывают, что и в Англии, и в Соединенных Штатах в течение девятнадцатого века происходило постепенное смещение акцента с утверждений о том, что надо отдавать приоритет правам мужчин, к мнению о том, что на первом месте должны быть интересы детей.

Планирование семьи и благосостояние детей

Улучшение услуг по охране репродуктивного здоровья отражается на здоровье ребенка в силу ряда причин. Прежде всего следует отметить, что использование услуг в области планирования семьи в целях уменьшения числа беременностей и более оптимальное определение интервалов между деторождениями дают положительный побочный эффект, так как более здоровые женщины производят на свет более здоровых детей, а у более здоровых женщин есть больше ресурсов, которые можно направить на обеспечение благосостояния своих детей (Alderman et al., 2001).

Влияние на здоровье и выживаемость младенцев и детей

В результате проведения многих международных исследований было выявлено наличие позитивной взаимосвязи между планированием семьи и выживаемостью детей: те, кто



пользуется услугами в рамках программ по планированию семьи, обычно имеют более низкую смертность, и у их детей смертность тоже ниже (Bongaarts, 1987). Однако пока нельзя определенно утверждать наличие прямой зависимости между этими факторами, поскольку имеются и другие факторы, осложняющие картину, такие как продолжительность и интенсивность грудного вскармливания, преждевременные роды, а также до сих пор неуставленные биологические, поведенческие, экологические, социально-экономические и медицинские причины, которые явно вызывают большие различия в уровнях младенческой смертности между семьями. Однако при проведении одного из последних исследований многие из этих факторов были под контролем, и было установлено, что увеличение интервалов между деторождениями может уменьшить неонатальную, младенческую и детскую смертность (Rustein, 2005).

▲ На семинаре по планированию семьи в Коста-Рике.
©UNFPA/Alvaro Monge

Авторы этого исследования сделали вывод, что одно лишь установление интервалов между деторождениями продолжительностью от трех до пяти лет может предотвратить до 46 процентов случаев младенческой смертности в развивающихся странах.

Данные, полученные в рамках программ по конкретным странам, подтверждают этот вывод. Например, исследование по Колумбии показывает, что наличие местных клиник и больничных коек, а также увеличение расходов на планирование семьи в расчете на душу населения оказывают влияние на детскую смертность и могут понизить рождаемость среди женщин, живущих в городах (Rosenzweig and Schultz, 1982). На Филиппинах реализация программы по планированию семьи оказала прямое влияние на состояние здоровья детей (Rosenzweig and Wolpin, 1986). В Бангладеш расширение доступа к услугам по планированию семьи, увеличение интервалов между беременностями и сокращение числа рискованных беременностей привели к сокращению детской смертности и повышению выживаемости детей (Phillips et al., 1998; Muhuri and Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Joshi and Schultz, 2007). Аналогичный эффект дала такая же программа в Навронго, Гана (Binka, Nazzar and Phillips, 1995; Pence et al., 2001; Phillips et al., 2006; Pence, Nyarko and Phillips, 2007).

В ходе исследований последнего времени антропометрические показатели в течение всей жизни использовались как индикаторы того, каким было здоровье в раннем возрасте. В этом отношении особенно интересный пример — рост человека. Считается, что рост взрослого человека является латентным показателем качества питания в раннем возрасте и состояния здоровья в течение всей жизни: например, дети с низким весом при рождении меньше растут, несмотря на то, что получают дополнительное питание в детстве. Хотя рост определяется генами, он частично зависит и от качественного питания, медицинского ухода и условий жизни, особенно в раннем детстве. За послед-

ние десятилетия рост увеличился среди тех категорий населения, где вырос национальный доход на душу населения и развивалось здравоохранение. Исследование в провинции Лагуна на Филиппинах, в ходе которого собирались данные о росте, весе и услугах по планированию семьи в период с 1975 по 1979 год, выявило, что реализация программ здравоохранения и по планированию семьи привела к улучшению показателей «рост–возраст» и «вес–возраст» у детей. Согласно оценкам, рост ребенка, в распоряжении которого не было поликлиники, будет на 5 процентов ниже, чем у ребенка, которого постоянно водили в поликлинику, а при наличии медучреждения, оказывающего услуги по планированию семьи, рост увеличивается на 7 процентов.

Еще один важный механизм, увязывающий более современные формы планирования семьи с хорошим состоянием здоровья в раннем детстве, это улучшение питания матери, которое достигается благодаря более рациональному определению интервалов между деторождениями и сокращению общего числа беременностей. Огромный массив литературы по медицине, здравоохранению и общественным наукам в настоящее время доказывает нам, что улучшение питания матери имеет огромное значение для развития ребенка. Многие исследования показывают, что недоедание в период беременности — о котором свидетельствуют остановка роста, атрофия, хронический энергодефицит, нехватка основных питательных веществ и индекс массы тела ниже 18,5 — приводит к росту риска внутриутробного замедления роста плода, а также к осложнениям во время родов и к врожденным дефектам (Bhutta et al., 2008). Плохой рост плода может сыграть косвенную роль в повышении показателей неонатальной смертности, особенно вследствие асфиксии при родах и инфекций (сепсис, пневмония и диарея), которые в общей сложности дают сегодня более половины всех случаев неонатальной смерти во всем мире.

Известно, что сокращение рождаемости и укрепление материнского здоровья приводят к появлению на свет более здоровых детей, у которых больше вес при рождении и меньше вероятности неонатальной смерти. Об этом говорят выборки когорт беременных женщин в Бразилии, Индии, Непале и Пакистане. Это исследование выявило, что у младенцев, рожденных в срок с весом 1500-1999 грамм, в 8,1 раза больше, а у тех младенцев, которые родились с весом 2000-2499 грамм, — в 2,8 раза больше шансов умереть от всех причин в течение неонатального периода, чем у тех младенцев, которые при рождении весили более 2499 грамм (Bhutta et al., 2008).

Влияние на школьное образование детей

Укрепление репродуктивного здоровья и доступ к услугам по планированию семьи могут также влиять на инвестиции в человеческий капитал, воплощенный в детях. Это происходит по нескольким каналам. Увеличение продолжительности предстоящей жизни создает новые стимулы и возможности для инвестиций в школьное образование. Кроме того, улучшение состояния репродуктивного здоровья приводит к улучшению общего состояния здоровья матери во время беременности, а это положительно сказывается на умственном развитии ребенка. Наконец, сокращение числа детей высвобождает финансовые средства женщин и позволяет им увеличить расходы на школьное образование своих детей.

Самые убедительные доказательства того, что есть связь между сокращением рождаемости, улучшением состояния репродуктивного здоровья и учебой в школе, были получены опять же в Матлабе (Бангладеш). Сокращение рождаемости и улучшение материнского здоровья привели к тому, что больше внимания стало уделяться школьному образованию детей, а это улучшило перспективы будущего трудоустройства детей (Sinha, 2003; Joshi and Schultz, 2007; Schultz, 2010). Есть также доказа-



тельства того, что эта программа положительно повлияла на успеваемость и умственное развитие детей (Barham, 2009).

▲ *Передвижной медпункт в Шри-Ланке.*

©UNFPA/FPASL

Будущее трудоустройство детей

Уменьшение числа деторождений у матери, укрепление ее здоровья и увеличение расходов на содержание детей должны в конечном счете повлиять на то, как они будут трудиться. Эта логика представляется очевидной, однако пока не удавалось получить убедительные эмпирические данные, подтверждающие эту гипотезу, поскольку проходит много времени, прежде чем можно заметить конечный эффект.

Дополнительные доказательства того, что есть связь между здоровьем матери, здоровьем ребенка и трудоустройством ребенка, можно найти в исследованиях, посвященных питанию матерей. Эти исследования показывают, что сокращение рождаемости и укрепление материнского здоровья ведут не только к укреплению здоровья детей и повышению их успеваемости в школе, но и к повышению их профессионального уровня, увеличению заработка, сокращению периодов безработицы, уменьшению частотности хронических заболеваний и инвалидности до 50-летнего возраста, причем особенно после прохождения этого возрастного рубежа (Miguel and Kremer, 2004; Almond 2006; Almond, Edlund, et al., 2007; Almond and Mazumder, 2008; Almond and Currie, 2011).

В ходе одного из последних исследований использовались данные об однойцевых

близнецах для оценки влияния качества внутриутробного питания на здоровье взрослого человека и уровень его доходов, и было установлено, что состояние здоровья человека в очень большой степени определяет то, как в мире распределяются доходы (Behrman and Rosenzweig, 2004). Это исследование показало большие различия между странами в частотности рождения детей с малым весом и выявило, что действительно есть смысл увеличивать вес тела при рождении. В большинстве случаев повышение веса тела при рождении ведет к улучшению успеваемости в школе и к увеличению роста взрослого человека. Были получены также доказательства того, что, если повышать вес тех детей, которые рождаются с очень малым весом (но не тех, которые рождаются с хорошим весом), можно значительно улучшить трудовые перспективы этих детей.

Супружеская пара ждет консультации по планированию семьи в районной больнице в Камеруне.

© UNFPA/Alain Sibener



Репродуктивное здоровье и уровень доходов и благосостояния домашних хозяйств

Сокращение рождаемости и укрепление здоровья разными путями ведут к повышению социально-экономического благосостояния домашнего хозяйства (Bloom and Canning, 2000; Birdsall, Kelley and Sinding, 2001; Schultz, 2008; Sinding, 2009). Во-первых, как было показано выше, более здоровые люди больше работают, и они более развиты в физическом и умственном отношении, поэтому у них выше производительность труда, они больше зарабатывают и накапливают больше активов. Во-вторых, более здоровые люди дольше живут и поэтому имеют больше возможностей для того, чтобы тратить средства на свое образование и общее развитие и получать блага от этого. Эта положительная взаимосвязь между состоянием здоровья и уровнем богатства еще больше усиливается в случае уменьшения числа детей в семье и появления выбора «либо количество, либо качество», поскольку, когда у родителей становится меньше детей, это заставляет родителей тратить больше сил на воспитание каждого ребенка.

Накопления, доходы и активы домашнего хозяйства

Укрепление здоровья и ожидания более длительной жизни, являющиеся результатом более широкого доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, приводят к изменению решений, касающихся не только образования, но и расходов и накоплений в течение всей жизни человека. Вследствие сокращения рождаемости люди меньше рассчитывают на то, что в пожилом возрасте их поддержкой и опорой станут дети. Поэтому они больше склонны откладывать средства на свою пенсионную жизнь. Стремление делать накопления лишь усиливается благодаря улучшению состояния здоровья и увеличению ожидаемой продолжительности жизни, поскольку

выход на пенсию представляется весьма реальной перспективой, а продолжительность жизни пенсионеров тоже растет. Есть вполне достаточно доказательств наличия этой взаимосвязи между сокращением рождаемости и ростом накоплений (Bloom and Canning, 2008). Многие исследования показывают позитивную взаимосвязь между сокращением рождаемости или увеличением продолжительности жизни, с одной стороны, и размером накоплений, с другой стороны.

Например, на Тайване, провинция Китая, доля доходов, идущая на накопления, выросла с 5 процентов в 1950-х годах до более 20 процентов в 1980-х годах, и этот процесс шел почти синхронно с увеличением продолжительности жизни (Tsai, Chu and Chung, 2000). Этот процесс усиливается в случае принятия систем социального обеспечения и вспомоществования.

Некоторые самые убедительные данные на микроуровне о взаимосвязи между снижением рождаемости и укреплением репродуктивного здоровья, с одной стороны, и ростом доходов, с другой стороны, были получены опять же в ходе исследования, проведенного в Матлабе, Бангладеш (Joshi and Schultz, 2007; Schultz, 2008; Barham, 2009; Schultz, 2009). Общие данные говорят о том, что сокращение рождаемости и детской смертности содействовало уменьшению нищеты: сыновья учились в школе намного дольше, дочерей лучше кормили, а лучше образованные женщины получали более высокую зарплату и жили в более богатых домашних хозяйствах. Домашние хозяйства в деревнях, охваченных этой программой, сообщили о том, что объем активов на одного человека вырос на 25 процентов, причем в них уменьшилась доля активов в таких формах, которые связаны с использованием детского труда, — речь идет о домашнем скоте, рыболовстве и даже о регулярно обрабатываемых землях. В то же время более значительную долю их активов составляли финансовые накопления, ювелирные изделия, фруктовые

сады и пруды, жилье и потребительские товары длительного пользования, которые могут лучше заменить помощь, ранее поступавшую от детей.

Расширение доступа к услугам по планированию семьи, сокращение рождаемости, материнской смертности и заболеваемости и улучшение здоровья детей приводят к росту доходов и накоплений еще и потому, что сокращаются расходы, необходимые для преодоления последствий «медицинских катастроф», таких как потеря заработка, смерть одного из членов семьи и ухудшение состояния здоровья остальных членов семьи, особенно детей. Укрепление здоровья приводит также к росту производительности труда.

Изменение баланса сил в процессе принятия семейных решений

Наличие услуг по охране репродуктивного здоровья, особенно услуг по планированию семьи, изменяет также баланс сил в семье. Если мужчина и женщина имеют разные мнения по вопросу о деторождении и если женщина может самостоятельно получить доступ к услугам по планированию семьи, то более высокая способность женщины самой решать, когда ей заводить детей, повышает ее вес в семейных делах, укрепляет ее независимость и дает ей больше возможностей участвовать в принятии семейных решений.

В качестве примера того, что происходит в этой области в различных странах, можно привести Бангладеш. Быстрое сокращение рождаемости — примерно с шести детей в 1970-х годах до менее трех детей на одну женщину в 1990-х годах — сопровождалось ростом образованности женщин и их более активным выходом на рынок труда, особенно в швейной промышленности (Kabeer, 1997; Kabeer, 2000). Возможности трудоустройства и получения кредитов, а также вообще участия в жизни общества позволили этим женщинам изменить нормы *purdah* (традиции затворничества женщин), из-за которых предыдущие поколения

женщин не выходили за стены своего дома и в условиях царившего патриархата не могли поднять свой голос.

Об этих процессах можно судить также по исследованию, которое проводилось на низовом уровне в Матлабе (Бангладеш) и было направлено на изучение жизни работников местной системы здравоохранения, которые играли ключевую роль в оказании услуг по охране репродуктивного здоровья и сами получили от этого пользу, поскольку эта программа дала им работу. Сокращение числа детей у них самих, улучшение состояния здоровья, новые рабочие места и заработки повысили их статус и влияние как в семье, так и в обществе (Simmons, 1996).

Доступ к средствам контрацепции уже сам по себе может изменить положение женщины в семье. Самый яркий пример — положение в Африке к югу от Сахары. В этом регионе у мужчин и женщин всегда были разные представления об оптимальном количестве детей в семье. Если женщины несут на себе все физическое и экономическое бремя, связанное с рождением и воспитанием детей, то у мужчин вследствие практики полигамии и приема детей на воспитание все эти издержки распределяются между несколькими домашними хозяйствами. В результате этого женщина может пожелать иметь меньше детей, чем хочет муж. Однако возможности женщин настоять на своем могут быть ограничены социальными нормами, которые ориентируют на создание многочисленной семьи, и законами, которые гласят, что жена может получить контрацептивы только с согласия мужа.

Уменьшение числа деторождений и укрепление здоровья не только дают женщинам возможность работать вместо того, чтобы сидеть дома с детьми, но и позволяют им обеспечить уход за другими членами семьи, например, за престарелыми, о чем свидетельствует еще одно исследование, проведенное в Матлабе, Бангладеш (Chaudhuri, 2005; Chaudhuri, 2009).



Планирование семьи и благосостояние мальчиков и мужчин

Влияние планирования семьи на физическое состояние мужчин вряд ли будет значительным. Однако отсрочка и предотвращение незапланированной беременности и родов могут отразиться на их возможностях получения образования и работы (Montgomery, 1996). Если мужчина вынужден взять на себя ответственность за беременность женщины, ему, возможно, придется покинуть школу (хотя и без такого общественного осуждения, которое было бы уготовано для женщины), чтобы пойти работать и содержать эту женщину. Как и большинство матерей, ответственный отец, возможно, будет вынужден отказаться от выгодных предложений работы, согласиться на менее привлекательную работу и отказаться от возможностей карьерного роста.

Как в браке, так и вне его незапланированная беременность может отразиться на психическом здоровье обоих родителей, особенно в случае, если родители по-разному

относятся к беременности (Leathers and Kelley, 2000). Имеющиеся данные говорят о том, что случаи депрессии, физического насилия и другие проявления проблем с психическим здоровьем происходят чаще среди тех, кто столкнулся с нежелательной беременностью, чем среди тех, кто планировал беременность. Эти проблемы затрагивают не только данного мужчину и данную женщину, но и их детей и членов семьи (Korenman et al., 2002).

Есть также много доказательств того, что нежелательная беременность часто приводит к разводу, падению доходов семьи и самым различным негативным психосоциальным последствиям для развития ребенка (McLanahan and Sandefur, 1994).

Здоровье, демографические сдвиги, богатство наций и устойчивое развитие

Эффект, производимый улучшением сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе планированием семьи, и обеспечением равенства мужчин и женщин, гораздо сильнее

▲ В Мехико Рикардо и Сара решили, что они поженятся и заведут детей только после того, как закончат школу и найдут работу.

©UNFPA/Ricardo Ramirez Arriola

и носит более непосредственный характер на уровне домашнего хозяйства, чем на микроэкономическом или макроэкономическом уровне. Однако последствия планирования семьи, проявляющиеся на уровне одного человека или одного домашнего хозяйства, — падение рождаемости, укрепление здоровья, сокращение смертности, увеличение инвестиций в человеческий капитал, более активное участие в труде и рост доходов и накоплений — постепенно сказываются и на более высоком уровне, то есть на уровне данной общины и целой страны. Обнаружить этот эффект на макроуровне порой сложно, потому что эти переменные величины взаимосвязаны и испытывают на себе влияние огромного числа других переменных величин, таких как организационная среда, последствия политики, войн и других крупных социально-экономических и политических событий. Неопровержимых доказательств

«После того как рождаемость начинает неуклонно снижаться в течение 20–30 лет, число взрослых людей, получающих доход, возрастает по отношению к числу людей, которые нуждаются в их поддержке, благодаря чему создаются более благоприятные условия для экономического роста и устойчивого развития».

наличия тесной взаимосвязи пока не удалось получить, однако достигнуто всеобщее согласие по некоторым аспектам.

One such area of consensus among economists, deV частности, экономисты, демографы и политики признают роль возрастной структуры народонаселения в экономическом развитии. Сокращение рождаемости сначала снижает долю молодежи в численности населения. В течение некоторого периода это снижение доли молодежи, удовлетворение потребностей которой зависит от других, не компенсируется приростом доли престарелых, удовлетворение потребностей которых тоже зависит от других. В этот момент демографических сдвигов относительная численность населения трудоспособного возраста в данной стране

увеличивается. Это однократное увеличение доли населения трудоспособного возраста, которое совпадает с однократным сокращением долей «зависимых слоев» населения, создает благоприятные условия для экономического развития и называется «демографическим дивидендом».

На макроэкономическом уровне эти демографические сдвиги ослабляют остроту ряда проблем в странах, которые с трудом могут обеспечить увеличение ассигнований на охрану здоровья и образование многочисленных и быстро растущих рядов молодежи и поглощение трудовых ресурсов практически неограниченной численности. «Демографический дивиденд» дает также странам возможность повысить долю работающего населения, доходы, сбережения, инвестиции и темпы социальных изменений, если проводится политика инвестирования в человеческий капитал этой молодежной группы населения (в частности, благодаря увеличению ассигнований на здравоохранение и образование в расчете на душу населения, увеличению капиталовложений в физическую инфраструктуру и организационное укрепление, а также благодаря поддержке гражданской активности населения).

Наличие «демографического дивиденда» было выявлено также в Восточной и Юго-Восточной Азии, Латинской Америке, на Ближнем Востоке и в Северной Африке, а также на тихоокеанских островах (Lee et al., 2010; Lee, 2003; Lee et al., 2001; Mason and Lee, 2004; Lee and Mason, 2006; Bloom et al., 2009; Schultz, 2009). Этот дивиденд появился в Восточной Азии в 1970-х годах, в Южной Азии в 1980-х годах и в Африке к югу от Сахары — в новом тысячелетии.

Макроэкономическое влияние планирования семьи на сбережения, инвестиции и экономический рост

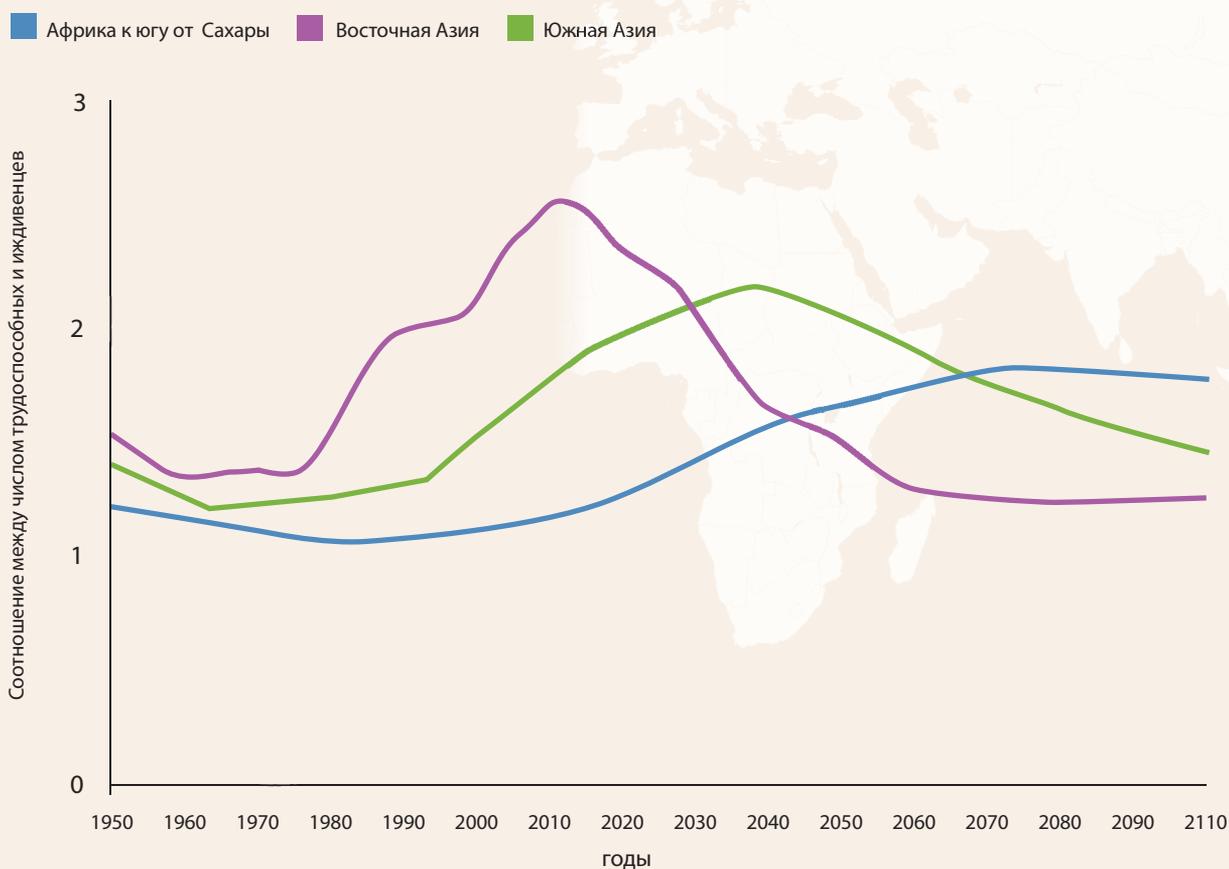
Процентная доля зависимого населения и «демографический дивиденд» могут оказывать

влияние на экономику и состояние общества разными путями. На ранних этапах демографических сдвигов, когда только начинается увеличение процентной доли молодежи, странам, возможно, придется больше тратить на школы, поликлиники, жилье и другие элементы инфраструктуры, чтобы обеспечить благосостояние и высокую производительность труда подрастающих поколений. Это перераспределение ресурсов в пользу молодых людей, которые потребляют, но не производят, может и не содействовать немедленному повышению темпов экономического роста (Coale and Hoover, 1958). Но после того как

рождаемость начинает неуклонно снижаться в течение 20-30 лет, число взрослых людей, получающих доход, возрастает по отношению к числу людей, которые нуждаются в их поддержке, благодаря чему создаются более благоприятные условия для экономического роста и устойчивого развития.

Один из главных факторов ускорения экономического роста в период демографических трансформаций заключается в росте сбережений и инвестиций в экономику. Взрослые люди, имеющие меньше детей, могут позволить себе направить более значительную часть своих ресурсов на сбережения, предназначен-

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЧИСЛЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ РАБОТСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА И ЧИСЛЕННОСТЬЮ ЭКОНОМИЧЕСКИ ЗАВИСИМОГО НАСЕЛЕНИЯ



Источник: Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения. Прогнозы средней рождаемости на 2010 год.



ные для жизни на пенсии. Это увеличивает капитал, который можно инвестировать.

Улучшение общего состояния здоровья и уменьшение заболеваемости могут также повысить привлекательность инвестирования. Например, уменьшение процентной доли зависимых слоев населения в Восточной Азии с 1960-х годов привело к значительному росту сбережений, создало новые возможности для инвестирования и помогло азиатским странам ослабить их зависимость от иностранного капитала (Higgins and Williamson 1996; Higgins and Williamson, 1997). Рост сбережений содействовал также созданию пенсионных систем и систем социального вспомоществования: взрослое население трудоспособного возраста, численность которого постоянно росла, было в состоянии профинансировать удовлетворение потребностей относительно небольшой группы пожилых граждан (Reher, 2011).

Укрепление здоровья, увеличение расходов на образование, рост сбережений и инвестиций в конечном счете ведут к экономическому росту. Было установлено, что быстрое развитие экономики стран Восточной Азии после 1975 года связано с их «демографическим дивидендом». Одно из исследований показало, что изменения в возрастной структуре населения сформировали третью часть экономики так называемых «азиатских тигров» (Bloom, Canning and Malaney, 2000; Williamson, 2001).

Исследования показывают также, что здоровье населения — один из самых верных и мощных двигателей экономического роста. Согласно одному из исследований, увеличение продолжительности жизни всего на один год приводит к росту ВВП на душу населения примерно на 4 процента (Bloom, Canning and Silva, 2001; Bloom, Canning and Silva, 2003).

Заключение

Расширение доступа к услугам по планированию семьи может повысить благосостояние женщин, мужчин, детей, домашних хозяйств и общин путем увеличения продолжительности жизни, сокращения смертности и улучшения общего состояния здоровья. Оно создает возможности для направления средств на образование и развитие других форм человеческого капитала, а также возможности трудиться, повышать производительность труда и увеличивать доходы, сбережения, инвестиции и активы.

Сокращение смертности, за которым следует сокращение рождаемости, ведет к изменениям возрастной структуры населения, а также приносит в конечном итоге «демографический дивиденд» на общенациональном уровне. Это ведет к экономическому росту и развитию.

На основании этих материалов можно сделать три главных вывода. Во-первых, укреп-

ление репродуктивного здоровья не только содействует реализации прав и улучшению жизни женщин и детей, но и сокращает масштабы нищеты и способствует экономическому росту. Во-вторых, комплексные программы, направленные на укрепление репродуктивного здоровья, — программы по охране здоровья матери и ребенка, по диетологии и планированию семьи — могут привести к демографическим сдвигам, а также к изменению экономической ситуации. В-третьих, не следует рассматривать эти программы как альтернативу какой-либо другой политике, нацеленной на ускорение темпов роста или на обеспечение устойчивого развития страны. Наоборот, следует считать, что планирование семьи — это всего лишь один из компонентов более широкой стратегии инвестирования в человеческий капитал — особенно в интересах женщин.



Расходы на осуществление права на планирование семьи и достигаемая экономия

Расширение доступа к услугам по планированию семьи очень важно для поддержки прав человека и для того, чтобы отдельные люди, домашние хозяйства, общины и страны получили социально-экономические блага планирования семьи. Но сколько это будет стоить? Идея о том, что планирование семьи — одно из прав человека, имеет существенные последствия для политики развития и для рамочной программы устойчивого развития, которая в 2015 году должна придти на смену Целям развития тысячелетия. Нормативный аспект прав человека совершенно изменяет всю

ситуацию, поскольку стратегии планирования семьи, которые ранее были только политическим волеизъявлением и экономически целесообразными мерами, становятся юридическими обязательствами, и в поисках выхода из сложных политических коллизий уже нельзя пересекать некую «красную черту».

Однако если подходить к этому с чисто прагматической экономической точки зрения, то надо изучить экономические и бюджетные последствия обязательства обеспечить равенство мужчин и женщин и ликвидировать дискриминацию в бюджетно-налоговой сфере, например, надо изучить последствия введения наценки, взимаемой с потребителя, или налогов, которыми будут облагаться услуги по контрацепции. Необходимо также уделить особое внимание постепенному выделению ассигнований в рамках всех разделов национального бюджета.

Оценки стоимости обычно делаются без учета такого подхода с точки зрения прав

человека, хотя они, конечно, не противоречат такому подходу. Как правило, эти оценки строятся на основе демографических характеристик народонаселения, его возрастной структуры и на расчетах того, как все это в сочетании с неудовлетворенными потребностями наводит нас на возможную численность клиентов, желающих заниматься планированием семьи.

Растущая потребность

Необходимость в планировании семьи будет возрастать по мере того, как уже в ближайшие годы будет расти число людей, вступающих в репродуктивный возраст, особенно в самых бедных странах. Около 15 процентов женщин репродуктивного возраста в развивающихся странах хотели бы отсрочить рождение следующего ребенка или вообще отказаться от дальнейшего деторождения, но в настоящее время не применяют современные средства контрацепции (Singh

◀ Мванаша и еще 200 женщин собрались под тенью баобаба. Они пришли для того, чтобы получить средства контрацепции, которые могут спасти жизнь многим из них и изменить будущее их семьи. В Малави одна из 36 женщин умирает при родах, тогда как в Соединенном Королевстве — одна из 4600.

©Lindsay Mgbor/Департамент международного развития Соединенного Королевства

НЕЗАПЛАНИРОВАННЫЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ, 2008 ГОД

	Общее число беременностей (млн.)	Процент незапланирован. беременностей	Последствия незапланированных беременностей (в % от общего числа беременностей)		
			Деторождения	Аборты	Выкидыши
Весь мир	208,2	41	16	20	5
Более развитые регионы	22,8	47	15	25	6
Менее развитые регионы	185,4	40	16	19	5
Африка	49,1	39	21	13	5
Восточная	17,4	46	25	14	6
Центральная	6,9	36	22	8	5
Северная	7,4	38	15	18	5
Южная часть	2,0	59	34	20	8
Западная	15,5	30	16	10	4
Азия	118,8	38	12	21	5
Восточная	31,7	33	4	25	3
Южно-Центральная	60,4	38	15	18	5
Юго-Восточная	19,2	48	14	28	6
Западная	7,5	44	24	15	6
Европа	13,2	44	11	28	5
Восточная	6,4	48	5	38	5
Северная	1,8	41	17	18	5
Западная	2,4	42	17	20	5
Южная	2,7	39	18	16	5
Латинская Америка и Карибский бассейн	17,1	58	28	22	8
Карибский бассейн	1,2	63	31	23	9
Центральная Америка	4,6	43	20	17	6
Южная Америка	11,3	64	31	24	9
Северная Америка	7,2	48	23	18	7
Океания	0,9	37	16	16	5

Источник: Singh, S. et al. 2010: 244.

and Darroch, 2012). Таким образом, осуществление их права на планирование семьи находится под угрозой.

Уровень «неудовлетворенных потребностей», как они обычно определяются, не столь высок в более богатых странах. И, тем не менее, значительную часть беременностей как в богатых, так и в бедных странах относят к числу «незапланированных». Меньше всего незапланированных беременностей в Западной Европе — 30 процентов, а больше всего в Южной Америке — 64 процента (Singh, Sedgh and Hussain, 2010). В Соединенных Штатах, согласно оценкам, незапланированными являются 49 процентов беременностей, причем этот показатель оставался неизменным с 1994 по 2001 год (Finer and Henshaw, 2006).

В Соединенных Штатах больше всего незапланированных беременностей среди молодых женщин в возрасте от 18 до 24 лет, которые не состоят в браке, бедные, чернокожие или выходцы из Латинской Америки. В 2001 году 48 процентов незапланированных беременностей возникли в тот месяц, в течение которого *контрацептивы применялись* (Finer and Henshaw, 2006). Это происходит потому, что некоторые женщины порой охотно соглашаются на незащищенный секс, несмотря на то, что в другой раз они все же применяют контрацептивы. Кроме того, дело, возможно, заключается в том, что они применяют менее эффективные методы. Наконец, следует отметить, что женщины, которые сожительствуют с кем-то, чаще сталкиваются с незапланированной беременностью, отчасти вследствие того, что они не могут четко определить свое отношение к средствам контрацепции, которые используются, может быть, по желанию их партнеров, а не их самих. Люди, имеющие более низкий социально-экономический статус, чаще сталкиваются с неудачным применением средств контрацепции, отчасти из-за того, что они чаще прибегают к менее эффективным методам контрацепции.

Изменения в практике применения контрацептивов, нынешние масштабы их применения и неудовлетворенные потребности

Как описано в главах 2 и 3, существует большой и растущий спрос на услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе на услуги по планированию семьи для людей, не состоящих в браке, поскольку вырос возраст, когда люди впервые вступают в брак, а также повысилась активность половой жизни у людей, не состоящих в браке. Женщинам, не состоящим в браке и ведущим активную половую жизнь, незапланированная беременность грозит больше, чем замужним женщинам. Женщины, сожительствующие с партнером, применяют средства контрацепции столь же часто, как и замужние женщины, однако они обычно ведут более интенсивную половую жизнь, поскольку они обычно моложе, и, кроме того, они могут быть более плодовитыми.

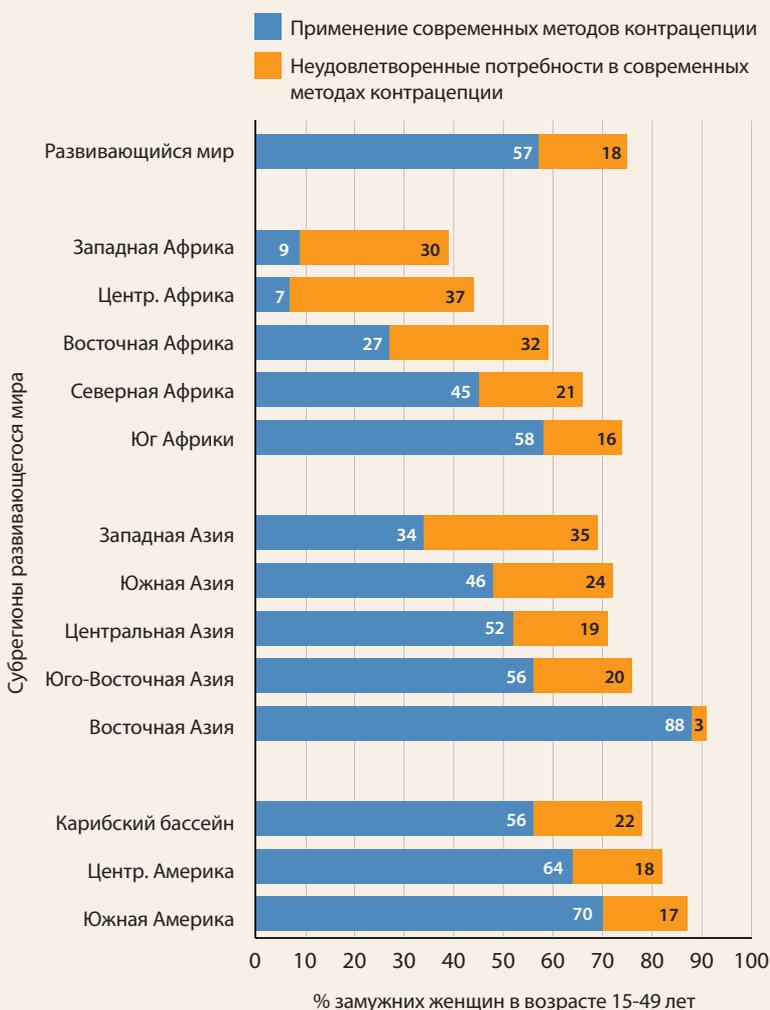
Масштабы применения средств контрацепции замужними женщинами в развивающихся и развитых странах в возрасте от 15 до 49 лет выросли почти с нулевого уровня в 1960-х годах примерно до 47 процентов в 1990 году и до 55 процентов в 2000 году, а после этого не росли (Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2004 и 2011). В Восточной Африке масштабы применения выросли с 20 процентов в 2008 году до 27 процентов сегодня. В Южной Азии масштабы выросли с 50 процентов до 56 процентов за тот же период. С 2008 по 2012 год среднегодовой прирост числа лиц, пользующихся современными методами контрацепции, в 1,7 процента привел к тому, что число замужних женщин, применяющих методы планирования семьи, увеличилось на 42 миллиона.

Сингх и Дарроч (2012), которые ввели новые показатели неудовлетворенных потребностей, скорректированные с целью учета потребностей женщин, никогда не состоявших в

браке, но ведущих активную половую жизнь, подсчитали, что из 1,52 миллиарда женщин репродуктивного возраста в развивающихся странах 867 миллионов имели в 2012 году потребности в планировании семьи.

Потребности каждой третьей из этих четырех женщин сейчас удовлетворяются, но потребности каждой четвертой из них — нет.

БОЛЬШИЕ РАЗЛИЧИЯ В УРОВНЯХ НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЗАМУЖНИХ ЖЕНЩИН В СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВАХ КОНТРАЦЕПЦИИ И В МАСШТАБАХ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУ СУБРЕГИОНАМИ РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ МИРА В 2012 ГОДУ



Источник: Singh & Darroch, 2012.

Финансирование отстает от потребностей

Поддержка программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья, особенно планирования семьи, со стороны доноров и правительств идет на убыль в самый критический момент, когда почти 2 миллиарда молодых людей достигают репродуктивного возраста. К тому же во многих развивающихся странах охрана сексуального и репродуктивного здоровья не стала приоритетным направлением деятельности министерств здравоохранения (Совет по народонаселению, 2007; Birungi et al., 2006). В то же время вопросы сексуального и репродуктивного здоровья стали считаться менее актуальными, чем «конкурирующие с ними» вопросы здравоохранения, такие как борьба с инфекционными заболеваниями, потому что работникам низового уровня не удалось убедить сильных мира сего, таких как политики и доноры, в том, что надо увеличить финансирование.

В Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию содержится призыв к международным донорам профинансировать одну треть часть расходов на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, а также призыв к развивающимся странам покрыть самим две трети этих расходов.

Как развивающиеся страны, так и доноры не выполнили эту задачу. Например, предполагалось, что для удовлетворения потребностей в планировании семьи тех, кто в 2010 году применял современные методы контрацепции, доноры предоставят около 1,32 млрд. долл. США, однако на самом деле они выделили 822 млн. долл. США, то есть на треть меньше, чем ожидалось.

Это недофинансирование можно объяснить сокращениями бюджетов в некоторых странах-донорах, а также изменением подходов к распределению ресурсов. Так, Соединенные Штаты — крупнейший источник средств для финансирования международных программ по планированию семьи — включают все больше стран в список «выбывающих из программ



помощи». Поскольку страны «выбывают из программ помощи», считается, что они больше не нуждаются в поддержке на таком же уровне, что и раньше. К числу стран, которые должны выбыть из программ помощи, относят страны, где общий уровень рождаемости — 3,0 или ниже, а охват населения современными средствами контрацепции составляет 55 процентов или больше (Bertrand, 2011). Этот процесс выбытия особенно повлиял на положение в странах Латинской Америки, так как министерства здравоохранения некоторых стран этого региона не компенсировали прекращение или постепенное сокращение финансирования Соединенными Штатами.

Расширение доступа для обеспечения неудовлетворенных потребностей

Снабжение нынешних 645 миллионов пользователей методами контрацепции в развивающихся странах стоит 4 млрд. долл.

США в год. Согласно недавно проведенным расчетам Института Гутмакера, для повышения качества этих услуг потребуется еще 1,1 млрд. долл. США в год. Чтобы 222 миллиона женщин, потребности которых в средствах контрацепции не удовлетворены, получили доступ к современным методам контрацепции и услугам более высокого качества, надо увеличить ассигнования еще на 3 млрд. долл. США в год. Таким образом, для полного удовлетворения потребностей всех женщин в развивающихся странах и для повышения качества этих услуг надо выделять в общей сложности 8,1 млрд. долл. США в год. Если мы хотим удовлетворить все потребности в современных контрацептивах, а также повысить качество обслуживания, то среднегодовые расходы на одного пользователя в развивающихся странах вырастут с 6,15 до 9,31 долл. США (Singh and Darroch, 2012).

▲ *Доноры берут на себя обязательства на Лондонском саммите по вопросам планирования семьи.*

©Russell Watkins/Департамент международного развития Соединенного Королевства

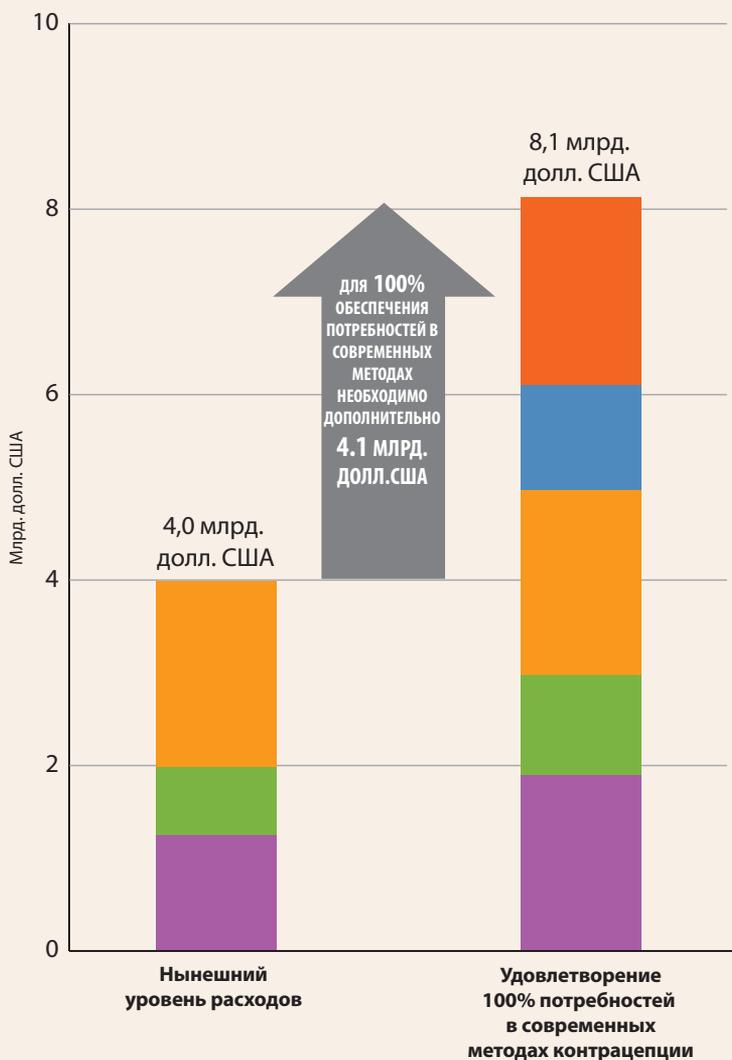
ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ КОНТРАЦЕПЦИИ ВСЕХ НУЖДАЮЩИХСЯ В НИХ В 2012 ГОДУ ПРИВЕДЕТ К РОСТУ НЫНЕШНИХ РАСХОДОВ НА 4,1 МЛРД. ДОЛЛ. США

Прямые расходы

- Контрацептивы
- Зарплата медработников

Программные и системные расходы (ПС)

- Нынешний уровень ПС расходов
- Дополнительные ПС расходы для нынешних пользователей
- ПС расходы на обслуживание женщин с неудовлетворенными потребностями



Source: Singh & Darroch 2012

Стоимость удовлетворения потребностей самая высокая в Африке к югу от Сахары и в беднейших странах мира в других регионах, где хуже всего условия для оказания таких услуг. Поэтому для удовлетворения существующих потребностей надо будет изменить подход к распределению ресурсов, предоставляемых донорами. В настоящее время 69 беднейших стран получают около 36 процентов ресурсов доноров, выделяемых на цели планирования семьи. Надо будет повысить эту долю ресурсов примерно до 51 процента.

КОНКРЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Система подотчетности в Сьерра-Леоне

Коррупция ведет к огромным издержкам для любой системы здравоохранения. До и после окончания гражданской войны в Сьерра-Леоне не удавалось получить данные о том, куда делись более 50 процентов лекарств и медицинских товаров, предназначенных для государственных медицинских учреждений (ЮНФПА, 2011а). Для этой системы снабжения были характерны отсутствие прозрачности, плохой учет, плохая организация распределения лекарств и хищения лекарств из госучреждений с целью их перепродажи частным аптекам. ЮНФПА поддерживает коалицию «Здоровье для всех» — организацию гражданского общества, которая добивается создания сильной и независимой системы надзора и оценки. Контролеры за распределением лекарств, которые теперь работают в системе здравоохранения, сократили хищения лекарств и добились резкого усиления подотчетности, что сразу же расширило доступ населения к средствам планирования семьи. ■

Экономия, достигаемая благодаря удовлетворению существующих потребностей

Если на предоставление современных средств контрацепции в развивающихся странах будет

ассигновано дополнительно 4,1 млрд. долл. США, в мире будет сэкономлено примерно 5,7 млрд. долл. США, необходимых для охраны здоровья матерей и новорожденных, благодаря предотвращению незапланированных беременностей и небезопасных аборт (Singh and Darroch, 2012). Планирование семьи — это деятельность, дающая экономию средств на персональном, семейном и общенациональном уровне (Cleland et al., 2011; Greene and Merrick, 2005). Последние исследования говорят о том, что в результате более широкого применения методов контрацепции за последние два десятилетия материнская смертность сократилась на 40 процентов благодаря уменьшению числа незапланированных беременностей (Cleland et al., 2012). Можно было бы предотвратить еще 30 процентов случаев материнской смертности, просто удовлетворив существующие потребности в средствах планирования семьи.

Роль «небезопасного секса» — то есть половых отношений с людьми, имеющими определенные проблемы, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем, включая

ВИЧ-инфицирование, — в распространении болезней во всем мире огромна (Ezzati et al, 2002). Плохое сексуальное и репродуктивное здоровье является пятой по значимости причиной смерти во всем мире, а также второй по значимости причиной распространения болезней во всем мире, если судить по числу лет жизни с инвалидностью; число лет жизни с инвалидностью, потерянных вследствие «небезопасного секса», гораздо выше у женщин, чем у мужчин.

Взятие обязательства соблюдать право на планирование семьи: финансовые последствия

Подсчет стоимости планирования семьи — сложная задача, поскольку методы оказания услуг различны и услуги по «планированию семьи» часто заключаются не только в предоставлении средств планирования семьи (Janowitz and Bratt, 1994). Кроме того, как издержки, вызванные незапланированной беременностью, так и блага, обусловленные возможностью избежать такую беременность,



◀ *Службы по планированию семьи в Гвинеи предлагают самые различные варианты.*

© UNFPA/Mariama Sire Kaba

касаются не только конкретного человека, но и его семьи, его окружения и народа в целом.

Следует также отметить, что некоторые расходы на планирование семьи покрываются системой здравоохранения, а другие расходы приходится покрывать самим людям. В некоторых случаях конкретные группы населения оказываются либо в более выгодном, либо в более невыгодном положении в зависимости от того, вынуждены ли они нести эти расходы. Как правило, расходы на предоставление информации не включаются в расчеты, которые нацелены в первую очередь на оценку стоимости товаров и услуг.

После того как программы по планированию семьи охватили те группы, с которыми было легко работать, может оказаться, что для охвата других категорий населения потребуется гораздо больше средств (Janowitz and Bratt, 1994).

«Для выполнения обязательств по обеспечению права на планирование семьи необходимо хорошо понимать все элементы финансирования, которое нужно для того, чтобы дойти до каждого человека».

Например, может оказаться необходимым охватить население географически отдаленных районов или социально изолированные группы. Возможно, возникнет необходимость распространить услуги или повысить их качество, чтобы реализовать права маргинализованных слоев населения.

Для выполнения обязательств по обеспечению права на планирование семьи необходимо хорошо понимать все элементы финансирования, которое нужно для того, чтобы дойти до каждого человека. Нужна ли агитационная кампания для расширения доступа маргинализованных групп к услугам? Каким образом государство выполняет свое обязательство уделять особое внимание именно тем, кого сложнее всего охватить услугами, даже в случае, если в этом нет большого экономического смысла? Есть ли какие-либо компоненты программ, выходящие за пределы клинического обслуживания, которые надо

будет включить для устранения преград на пути к получению услуг?

В Программе действий МКНР было признано наличие социальных и культурных факторов, мешающих здоровью, и были изложены основания для устранения некоторых из этих факторов в рамках программ по планированию семьи. И все же те виды программ, которые «выходят за рамки планирования семьи», могут считаться далекими от обслуживания населения, и, тем не менее, они имеют важные последствия для здравоохранения и развития (Singh and Darroch, 2012). В качестве примера можно привести работу с мужчинами и мальчиками, направленную на поощрение более справедливых гендерных норм и взаимоотношений, включая поддержку усилий своего партнера по планированию семьи.

Деятельность по поддержке планирования семьи также важна для осуществления прав

Подсчеты расходов чаще всего направлены на оценку стоимости медицинских услуг и снабжения товарами, необходимыми для удовлетворения существующих потребностей. При этом подчас игнорируют необходимость оказания влияния на базовые факторы, определяющие взгляды людей на деторождение и позволяющие им применять методы планирования семьи.

Подход к решению проблем устойчивого развития на основе прав человека может служить ориентиром для политики и программ и помогать выявлять и устранять сочетание взаимосвязанных факторов, которые предопределили наличие неудовлетворенных потребностей в данной стране или в конкретных местных условиях. Применение подхода, основанного на правах человека, на протяжении всего процесса — от анализа ситуации, до разработки политики и расчета стоимости программ — может содействовать тому, чтобы государственные бюджеты лучше учитывали



◀ Д-р Бабатунде Осотимехин, Директор-исполнитель ЮНФПА, выступает на Лондонском саммите по вопросам планирования семьи.

©Russell Watkins/Департамент международного развития Соединенного Королевства

наличие различных форм дискриминации и поддерживали усилия по реализации прав человека.

В недавно проведенных Институтом Гутмахера подсчетах стоимости программ было отмечено, что необходимы мероприятия, «выходящие за рамки планирования семьи», для устранения социальных факторов, препятствующих применению средств контрацепции... Для устранения преград такого рода нужна приверженность долгосрочной широкомасштабной деятельности, такой как организация комплексного полового просвещения и тщательно продуманной широкой кампании общественной информации (Singh and Darroch, 2012).

Деятельность по поддержке планирования семьи может включать:

- изменение норм, в частности, в целях обеспечения долгосрочного влияния на спрос; например, работа с мужчинами и мальчиками для разъяснения пользы отсрочки брака и поддержки своих партнеров-женщин;
- мобилизация населения на защиту своих прав и обеспечение подотчетности учреждений за качество оказываемых ими услуг;
- устранение факторов, препятствующих доступу, например, содействие развитию систем общественного транспорта.

Некоторые виды деятельности, преследующие своей целью повышение спроса на услуги по планированию семьи, такие как поощрение мужчин к тому, чтобы они решительнее поддерживали применение методов планирования семьи своими партнерами-женщинами, и распространение информации о медицинской и

экономической пользе регулирования деторождения, иногда учитываются при составлении смет, потому что они непосредственно связаны с применением методов планирования семьи.

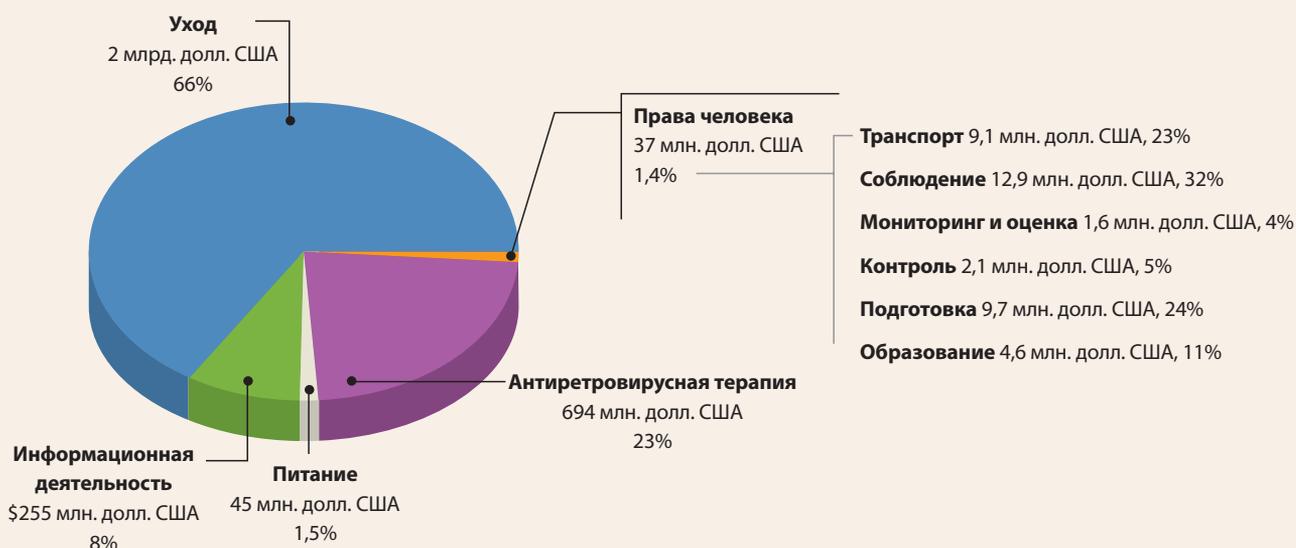
Усилия по изменению гендерных и других норм, в конечном счете связанных с итогами работы по охране сексуального и репродуктивного здоровья, могут учитываться при составлении смет расходов, однако трудно измерить «вклад» этой деятельности в обеспечение более широкого использования контрацептивов. Поэтому трудно определить стоимость этой деятельности по сравнению с расходами на планирование семьи, несмотря на то, что в конечном счете эта деятельность может оказать благоприятное воздействие не только на планирование семьи и другие аспекты сексуального и репродуктивного здоровья, но и на другие сферы здравоохранения и развития. Примером деятельности по изме-

нению существующих представлений, которая непосредственно повлияла на клинические показатели, является учебная программа «Шаги в будущее», разработанная в странах Африки к югу от Сахары и в настоящее время адаптируемая для проведения в десятках стран по всему миру (Welbourn, 2003). Эта учебная программа добивается изменения соотношения сил между мужчинами и женщинами в обществе таким образом, что это влияет на состояние здоровья. Программа «Шаги в будущее» оказала такое влияние на отношение к гендерным вопросам, что, в частности, замедлилось распространение ВИЧ-инфекции и люди стали чаще применять презервативы, хотя прошел только один год после начала этой программы.

Пока что при обсуждении вопроса о том, какие расходы необходимы для предоставления услуг по планированию семьи всем, кто хочет

СРЕДНИЕ РАСХОДЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЛЕЧЕНИЕМ ВИЧ, ПО КАТЕГОРИЯМ С РАЗБИВКОЙ КОМПОНЕНТА ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ

(РАСХОДЫ В ДОЛЛ. США)



Источник: Granich et al. 2012.

получить их, мало внимания уделялось правам человека. Однако у нас есть прецеденты в других сферах, когда стоимость деятельности по защите прав человека учитывалась при расчете общей суммы расходов.

Например, в ходе недавно проводившегося исследования стоимости лечения ВИЧ-инфицированных были включены расходы на вспомогательную деятельность, которая обеспечивает эффективность инвестиций в предоставление услуг по антиретровирусной терапии. Эта деятельность включала защиту прав людей, проходящих такой курс лечения (Jones et al., 2011). В одном из последних исследований сделана попытка подсчитать стоимость защиты прав человека при прохождении курса антиретровирусной терапии, когда такая деятельность рассматривается в качестве недорогого метода *профилактики* (Granich et al., 2012).

Это исследование показывает, что без привлечения и поддержки местного населения эта программа вряд ли достигнет поставленных целей. Эта модель подтверждает важность обеспечения «участия местных жителей в планировании и осуществлении программы, так чтобы никого не принуждали пройти тест на ВИЧ и чтобы люди, у которых есть вопросы или опасения, получали адекватную поддержку. В отличие от авторов многих других аналогичных исследований, мы включили стоимость

обеспечения многих компонентов сильной рамочной программы по защите прав человека» (Granich, 2012). Расходы на включение этих компонентов в программу составляют в общей сложности 1,4 процента от всей суммы расходов — это не столь уж значительные инвестиции в обеспечение долгосрочного успеха этой программы и ее вклада в осуществление прав человека.

Заключение

Последние оценки неудовлетворенных потребностей говорят о том, что необходимы значительные ассигнования для осуществления права народов всего мира на планирование семьи. Ныне существующие большие неудовлетворенные потребности в планировании семьи лишь возрастут в предстоящие годы вследствие того, что многочисленное поколение молодых людей вступает в репродуктивный возраст. Доказано, что планирование семьи является одним из самых экономически целесообразных видов деятельности по охране здоровья населения, которые когда-либо разрабатывались. Таким образом, когда принимается любое решение по вопросу о том, как направлять средства на планирование семьи, необходимо сопоставлять стоимость такого планирования и всю пользу, которую оно приносит конкретным людям, семьям и народам.



Право на планирование семьи должно стать всеобщим

Почти 20 лет прошло после того, как 179 правительств, представленных на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), радикально изменили подход всего мира к вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи. Определенный прогресс достигнут, но еще предстоит сделать многое для претворения в жизнь идей МКНР, основанных на правах человека.

В Программе действий МКНР было дано определение сексуального и репродуктивного здоровья, а планирование семьи было включено в более широкий ряд взаимосвязанных прав. Эта Программа касается не только деятельности по данным направлениям, но и социально-экономических условий, которые предопределяют решения людей относительно их половой и репродуктивной жизни и их способность выполнять эти решения. Там четко обрисованы роли и потребности подростков, мужчин и других групп населения, которые ранее оставались вне поля зрения. И там было подчеркнуто, что необходимо оказывать услуги таким образом, чтобы соблюдались права каждого человека и учитывались индивидуальные предпочтения, касающиеся методов планирования семьи.

Политики, международные организации, правительства и гражданское общество восприняли этот новый подход, основанный на правах человека, как революционное изменение, отчасти потому, что такой подход устанавливает обязанность правительств предоставлять услуги по охране репродуктивного здоровья и необходимые для этого товары всем. Однако было ли

это намеченное в Программе действий МКНР изменение подхода, воспринимаемое простыми людьми, женщинами, мужчинами, девочками и мальчиками как революционное, направлено на оказание помощи людям?

Там, где было реализовано право на планирование семьи и был расширен доступ к услугам, люди выиграли от этого изменения подхода — благодаря укреплению здоровья, повышению доходов, уменьшению нищеты и достижению более значительной степени равенства мужчин и женщин. Однако МКНР пока не изменила повседневную жизнь сотен миллионов людей, которые хотят избежать беременности или отсрочить ее, но не в состоянии сделать это либо потому, что у них нет надежного доступа к высококачественным средствам контрацепции, к информации и услугам, либо потому, что они сталкиваются с непреодолимыми социально-экономическими и бытовыми препятствиями.

Эти люди упустили возможность укрепить свое здоровье, повысить свое влияние и пользоваться целым рядом своих прав, чему может способствовать планирование семьи. Эти проблемы стоят особенно остро в развивающихся

Когда люди имеют возможность осуществлять право на планирование семьи, они могут принимать решения о сроках беременностей и промежутками между ними, а также осуществлять многие другие права и пользоваться их благами.

странах, но существуют и в развитых странах, где многие женщины и мужчины не могут получить доступ к средствам планирования семьи, получают услуги низкого качества или не удовлетворены теми методами, которыми они пользуются.

Замысел МКНР еще предстоит превратить в политику и программы по охране сексуального и репродуктивного здоровья, основанные на правах человека, так чтобы высокое качество и доступ были гарантированы всем.

В результате этого многие люди до сих пор не имеют возможности принимать решения относительно размеров своей семьи и сроков беременности.

Правительства, которые утвердили Программу действий МКНР, обязались обеспечить доступ людей к информации, просвещению и средствам, необходимым для того, чтобы свободно решать, заводить ли детей и когда, и согласились с тем, что люди имеют право на планирование семьи.

Право на планирование семьи прямо изложено также в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. И это право предусмотрено в тексте, излагающем Цель развития 5 в Декларации тысячелетия, особенно в тексте о Цели 5-В, где рассказывается о методах определения прогресса в достижении всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, к 2015 году. Однако продвижение к этой цели идет медленнее, чем продвижение к другим Целям развития тысячелетия.

Так что произойдет после 2015 года — после того, как будет пройден рубеж, установленный для достижения Целей развития тысячелетия?

Ценности и принципы, провозглашенные в Декларации тысячелетия, заложили хорошую

основу для решения глобальных проблем развития. Программа устойчивого развития на период после 2015 года, видимо, будет основана на главных принципах прав человека, равноправии и долгосрочности перспектив. В контексте этих принципов цели развития будут достигаться по четырем взаимосвязанным направлениям: социальное развитие для всех; экологическая безопасность; экономическое развитие для всех; мир и безопасность.

Концепция повестки дня в области развития на период после 2015 года носит целостный и глобальный характер и основана на главных принципах, ценностях и стандартах, провозглашенных в согласованных на международном уровне рамочных программах. Эти принципы будут содействовать обеспечению последовательности политики на глобальном, региональном, национальном и низовом уровнях и обеспечению взаимодополняемости мероприятий по развитию.

Одним из таких видов деятельности является планирование семьи. Если люди имеют возможность осуществить право на планирование семьи, они могут принимать решения о времени деторождений и интервалах между ними, а также в состоянии осуществить — с пользой для себя — многие другие права, такие как право на образование, здоровье и развитие.

Способность решать, обзаводиться ли детьми, когда и в каком количестве, является отражением равенства прав и возможностей. Поэтому планирование семьи — это вопрос о равенстве и социальной справедливости.

Планирование семьи является одним из основных прав человека, к осуществлению которого стремятся женщины и мужчины всех возрастов во всем мире. В 2012 году складывается впечатление, что до осуществления этого права всеми осталось совсем немного времени.

Ниже излагаются четыре общие рекомендации о том, как добиться того, чтобы планирование семьи было признано одним из основных прав человека и одним из вопросов устойчи-

вого развития, а также конкретные стратегии выполнения этих рекомендаций. Они говорят о том, что необходимо: 1) принять или укрепить подход, основанный на правах человека; 2) обеспечить важную роль планирования семьи в рамочной программе устойчивого развития на период после 2015 года; 3) обеспечить равенство, уделив особое внимание маргинализированным группам; 4) собрать средства для полномасштабного финансирования планирования семьи.

1 Расширить охват услугами по планированию семьи и повысить их качество, приняв такой подход к здравоохранению, который основан на правах человека

Планирование семьи должно быть основано на комплексных программах охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Подход к планированию семьи, основанный на правах человека, вовсе не сводится к защите права на получение доступа к услугам по планированию семьи. Тесная взаимосвязь между правом решать, заводить ли детей, когда и в каком количестве, и другими аспектами сексуального и репродуктивного здоровья требует широкого подхода к обслуживанию населения.

Правительства должны следить за тем, чтобы не применялись никакие стимулы, целевые показатели или системы оплаты, которые заставляют тех, кто предоставляет услуги, агитировать за применение какого-то конкретного метода, и чтобы не применялись никакие стимулы к применению средств контрацепции, а если такие стимулы выявлены, правительства должны ликвидировать их. Само оказание

услуг должно отвечать стандартам в области прав человека, а возведение преград на пути к пользованию этими услугами должно признаваться в качестве нарушения прав человека. Малоимущие люди, имеющие низкий уровень образования, чаще всего становятся жертвами недопонимания или дезинформации о том, как действуют средства контрацепции и как может предопределяться их выбор.

Следует «выходить за рамки планирования семьи» для того, чтобы устранить социальные и экономические преграды на пути к сексуальному и репродуктивному здоровью.

Женщины, а иногда и мужчины, должны преодолеть закостенелые представления о роли человека того или иного пола, чтобы осуществить свое право на планирование семьи. Чтобы обеспечить доступ женщин к средствам планирования семьи, надо проводить дополнительные мероприятия, которые непосредственно направлены на изменение социальной среды женщин и повышают их способность принимать

решения, их мобильность, независимость и возможности получения ресурсов. Программы должны быть прямо нацелены на устранение этих ограничений в рамках усилий по обеспечению реализации права на планирование семьи.

Необходимо признать, что мужчины и мальчики играют ключевую роль в осуществлении права женщин на планирование семьи, а также их

собственных прав. Как одно из прав человека планирование семьи важно для каждого человека и для всех потенциальных родителей — как женского пола, так и мужского. Планирование семьи имеет особое значение для женщин, их

Планирование своей семьи является одним из основных прав человека и тем, к чему стремятся женщины и мужчины всех возрастов во всем мире. В 2012 году осуществление этого права для всех представляется все более достижимым.

здоровья и благосостояния, но представляет также большой интерес и имеет большую ценность для мужчин. В связи с охраной сексуального и репродуктивного здоровья у мужчин появляется возможность принимать более активное участие в планировании семьи. Мужчины и мальчики могут содействовать обеспечению права женщин на планирование семьи, если будут более сочувствующими партнерами, будут применять контрацептивы, не будут допускать насилия и будут выступать за равенство мужчин и женщин. Им предстоит сыграть важную роль в изменении взглядов и норм, касающихся гендерных вопросов, так чтобы после этого всем было легче осуществить свои права.

Программы по планированию семьи должны отражать ту реальность, что средства контрацепции применяются в контексте половых отношений. В литературе по вопросам планирования семьи безусловно признается наличие связей между сексуальным и репродуктивным здоровьем, репродуктивными

правами и сексуальностью. Нужны исследования по вопросу о том, каким образом желание иметь приятную половую жизнь играет свою роль в формировании взглядов женщин и мужчин на планирование семьи, их предпочтения тех или иных методов и их способность договариваться о применении конкретных методов. Программы по планированию семьи могли бы более систематическим образом признавать и поддерживать желание людей иметь здоровые и приятные половые отношения.

Планирование семьи должно быть доступно наряду с возможностью делать аборты там, где они разрешены законом. Средства планирования семьи должны быть очень доступными для женщин, которые недавно сделали аборт, чтобы у них была возможность избежать в дальнейшем незапланированной беременности. И, тем не менее, услуги по планированию семьи часто отделяются от услуг по проведению аборта там, где аборты разрешены законом. Весь мир разделяет озабоченность относительно небезопасных абортов, которые являются одной из ведущих причин материнской смертности и заболеваемости. Планирование семьи вносит большой вклад в решение этой важной проблемы здравоохранения, поскольку уменьшает число незапланированных беременностей.

Обеспечение доступа к экстренной контрацепции является важнейшей частью работы по реализации права на планирование семьи в контексте комплексного подхода к охране сексуального и репродуктивного здоровья. Международное сообщество должно подчеркнуть важность доступа к средствам экстренной контрацепции в случае сексуального насилия, а также в ходе вооруженных конфликтов и в чрезвычайных гуманитарных ситуациях. **Правительствам, международным организациям и гражданскому обществу следует анализировать степень удовлетворенности качеством имеющихся методов и услуг**

▼ На автобусной остановке в Мумбаи (Индия).
©Panos/Mark Henley



в области контрацепции, последствия для здоровья, частотность подростковой беременности и издержки незапланированных беременностей. Международным и неправительственным организациям следует разрабатывать или принять более точные показатели неудовлетворенных потребностей, такие как «доля удовлетворенного спроса», которая показывает, какая доля общего спроса на контрацептивы удовлетворяется. Использование методов контрацепции и объем неудовлетворенных потребностей, взятые вместе, показывают лишь уровень спроса на услуги по планированию семьи. Показатели «удовлетворенного спроса» дают нам представление о том, удовлетворяются ли заявленные потребности человека в контрацептивах, и служат более точным определителем того, в какой степени отдельные люди, общины и системы здравоохранения поддерживают право человека пользоваться услугами по планированию семьи.

2 Обеспечить центральное место для планирования семьи в рамочной программе по устойчивому развитию в период после 2015 года, которое отражает его вклад в развитие и в борьбу с нищетой и неравенством

Надо рассматривать планирование семьи не как «узкоспециальную» медицинскую тему, а как одно из ключевых направлений инвестирования, содействующего развитию.

Планирование семьи — это правильные и полезные экономические инвестиции, которые приносят пользу конкретному человеку, семье, окружению и всему народу. Польза, которую приносит осуществление права на планирование семьи, настолько значительна и настолько разнообразна, что можно отнести планирование семьи к числу самых эффективных — в том числе в финансовом отношении — видов накопления человеческого капитала и способов уменьшения нищеты. Когда правительства

ратифицируют договоры по правам человека, они берут на себя определенные обязательства по защите широкого круга прав. Осуществление права на планирование семьи во многих случаях содействует выполнению этих обязательств.

Планирование семьи играет ключевую роль в достижении многих целей развития. Поскольку в рамочной программе устойчивого развития на период после 2015 года особое внимание будет уделяться борьбе с неравенством, эта программа, скорее всего, будет состоять из элементов, дополняющих друг друга. Планирование семьи содействует выполнению по крайней мере четырех первоочередных задач, которые отражают появляющуюся ориентацию на права человека, воплощаемую в этой рамочной программе развития на период после 2015 года:

- **Сокращение масштабов нищеты:** планирование семьи позволяет людям избежать незапланированной, нежелательной и нездоровой беременности, а это создает условия, которые дают людям возможность лучше использовать инвестиции на другие социальные нужды и больше тратить на своих детей.
- **Гендерное равенство:** как женщины могут планировать свою жизнь, если они не имеют возможности принимать решения о деторождении? Усилия по развитию должны быть направлены в первую очередь на то, чтобы дать женщинам возможность выполнить свои решения, касающиеся их жизни. Гендерное равенство предполагает, что мужчины будут играть важнейшую роль в планировании своей семьи и в поддержке женщин и девочек.
- **Трудоустройство молодежи:** планирование семьи содействует раскрытию потенциала молодых людей и прежде всего дает им возможность *планировать свою жизнь*. Предотвращение незапланированной бере-

менности позволяет девушкам и юношам не упустить свой шанс, который дает им жизнь. Умение планировать семью необходимо человеку на протяжении десятилетий его репродуктивной жизни. Планирование семьи помогает планировать и многие другие стороны своей жизни: учебу, работу, образование семьи и другие аспекты.

- **Здоровье:** планирование семьи имеет огромное значение для здоровья женщин, поскольку оно предотвращает раннюю беременность, позволяет устанавливать интервалы между деторождениями и сокращает высокую рождаемость.

Благодаря расширению доступа к средствам планирования семьи увеличивается продолжительность жизни как матери, так и ребенка, растут стимулы к тому, чтобы больше средств направлялось на учебу и другие формы накопления человеческого капитала, создаются возможности для выхода на рынок труда, растут заработки, увеличиваются доходы и активы. В

результате всего этого люди получают большую пользу, особенно в случае, если сокращение рождаемости происходит достаточно быстро для получения «демографического дивиденда». Кроме того, почти все исследования по этой теме подтверждают, что размеры «демографического дивиденда» зависят не только от темпов сокращения смертности и рождаемости, но и от проводимой политики, особенно в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, планирования семьи, образования, определения степени гибкости рынка труда, открытости торговли и сбережений.

Программы по планированию семьи повышают отдачу от других программ инвестирования в человеческий капитал. Сокращая материнскую смертность и повышая продолжительность жизни, такие программы повышают эффективность учебы и тем самым повышают отдачу от инвестиций в образование, особенно в образование девочек. Правительствам следует рассматривать планирование семьи точно так же, как они рассматривают и считают приоритетными другие инвестиции в человеческий

Д-р Ава Мэри Колл-Сек, 
Министр здравоохранения
Сенегала, выступает
на Лондонском
саммите по вопросам
планирования семьи.

©Russell Watkins/Департамент
международного развития
Соединенного Королевства



капитал — инвестиции в образование, рабочую силу и политическую активность.

Тесная взаимосвязь между сокращением рождаемости и укреплением прав женщин говорит о том, что правительствам и многосторонним учреждениям следует не только содействовать принятию нового законодательства в защиту прав женщин, но и инвестировать в программы по планированию семьи и другие программы по развитию человеческого капитала. Это еще один способ усилить позиции женщин в обществе.

Однако программы по планированию семьи не могут подменить собой другие типы инвестиций в человеческий капитал. Более того, программы по планированию семьи и сокращение рождаемости оказывают наибольшее влияние на состояние общества, которое делает дополнительные инвестиции в учебу женщин, увеличение возможностей трудоустройства и такие экономические преобразования, которые радикально изменяют соотношение между плюсами и минусами высокой рождаемости. Такие программы часто оказывались наиболее эффективными, когда они сопровождалась другими инвестициями в охрану здоровья матери и ребенка.

3 Обеспечить осуществление права на планирование семьи для конкретных не охваченных групп населения

Для выполнения одного из важнейших обязательств правительств по устранению неравенства в сфере здравоохранения программы должны охватывать финансовые, физические, правовые, социальные и культурные факторы, которые так затрудняют обращение многих людей за медицинскими услугами и осложняют их борьбу с различными формами дискриминации, с которыми они могут сталкиваться. Малоимущие женщины, лишённые доступа к услугам по планированию семьи, имеют больше детей, чем они хотели. А тем време-

нем представители богатой и образованной элиты, где бы они ни были, как правило, имеют доступ к средствам планирования семьи, независимо от того, поддерживается ли такой доступ политикой и программами. Во многих странах, несмотря на усилия по преодолению неравенства, которые прилагались прежде всего в интересах малоимущих, основную пользу подчас получают те, кто

Сокращая материнскую смертность и повышая продолжительность жизни, такие программы повышают эффективность учебы и тем самым повышают отдачу от инвестиций в образование, особенно в образование девочек. Правительствам следует рассматривать планирование семьи точно так же, как они рассматривают и считают приоритетными другие инвестиции в человеческий капитал — инвестиции в образование, рабочую силу и политическую активность.

уже обеспечен лучше других (Gwatkin and others, 2007). Для того чтобы расширить доступ малоимущих к информации и услугам в области контрацепции, программы часто должны быть направлены на преодоление не только финансовых, но и физических преград (таких как расстояние до медицинского учреждения и возможности, упущенные в результате того, что вместо работы пришлось тратить время на посещение учреждения, оказывающего услуги по планированию семьи) и социальных и культурных факторов (включая неуважительное или негативное отношение со стороны медработников, неспособность самостоятельно принимать решения относительно медицинских услуг или возражения членов семьи или местной общественности против применения средств контрацепции).

В странах, где это необходимо, должно быть принято новое законодательство в целях обеспечения всеобщего доступа к средствам планирования семьи; в других же странах нужно принять меры по обеспечению равного применения ко всем существующим законам, стратегий и программ. Поддержка планирования семьи, поступающая от правительств,



▲ Супружеская пара в Ботсване получает информацию о возможных средствах контрацепции.
© Panos/Giacomo Pirozzi

должна включать меры, которые обеспечивают предоставление услуг маргинализированным группам, включая коренных жителей, этнические меньшинства и труднодоступные прослойки городских и сельских жителей (Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций, 2009).

Политика и программы в области планирования семьи должны удовлетворять потребности людей всех возрастов, не состоящих в браке, численность которых растет во всем мире. Молодые люди и взрослые люди сейчас заключают, поддерживают и расторгают партнерства совсем не так, как это делали предыдущие поколения, поэтому система образования и система обслуживания должны отреагировать на эти изменения. Молодые люди нуждаются в услугах в период между своим первым опытом половой жизни и вступлением в брак. Чтобы расширить доступ к

услугам в целях удовлетворения потребностей молодых людей в охране их сексуального и репродуктивного здоровья, надо будет проводить агитационную работу и принимать другие меры, которые изменят отношение к сексуальной и репродуктивной жизни молодежи. Следует предоставлять услуги и информацию взрослым людям, которые живут отдельно от своих партнеров по решению суда или образовали впоследствии новые партнерства. По мере взросления люди испытывают на себе давление со стороны общества и семьи, которые имеют определенные ожидания в отношении половой жизни, вступления в брак и деторождения. Постепенно, по мере изменения их функций, их потребности в услугах по планированию семьи подчас начинают отличаться от ожиданий политиков и авторов программ.

Следует расширить программы по планированию семьи, чтобы услуги стали доступ-

ными для молодых замужних женщин и их мужей. Состоящие в браке подростки сталкиваются с огромными трудностями, когда пытаются получить услуги по планированию семьи, поэтому у них часто бывает незапланированная или нежелательная беременность со всеми вытекающими отсюда отрицательными медицинскими последствиями (Ortayli and Malarcher, 2010; Godha, Hotchkiss and Gage, 2011). Чем моложе девочка в момент вступления в брак, тем сложнее ей регулировать собственную плодovitость и тем больше шансов на то, что она будет беременеть многократно и часто (Rutstein, 2008).

Для того чтобы адекватно удовлетворять потребности людей более зрелого возраста в средствах планирования семьи, надо бросить вызов широко распространенному мнению, что людям этой возрастной группы уже не нужно осуществлять их право на планирование семьи. При разработке политики и программ в области планирования семьи часто забывают о мужчинах старше 49 лет, плодovitость которых сходит на нет лишь постепенно — по мере старения. Это упущение ставит под удар права более пожилых людей, ведущих активную половую жизнь, которые хотели бы предохраниться от вредных последствий для своего сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе от рискованной незапланированной беременности. Как было заявлено Комиссией по народонаселению и развитию в 2012 году, следует предоставить услуги и информацию взрослым людям, которые живут отдельно от своего партнера по решению суда или образовали впоследствии новые партнерства.

Государствам и международному сообществу следует активизировать усилия по сбору данных о всех группах населения, которые могут сталкиваться с трудностями, когда они пытаются получить услуги по планированию семьи: подростки — включая тех, кому

от 10 до 14 лет, — молодые люди, мальчики и мужчины, состоящие в браке подростки, не состоящие в браке люди, люди более пожилого возраста, этнические меньшинства, беженцы, мигранты, работники секс-индустрии, люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, женщины и девочки, которые могут стать жертвами сексуального насилия в зонах конфликтов, стихийных бедствий или гуманитарных кризисов. Следует всегда разбивать полученные данные по полу, возрасту и этнической принадлежности, их надо анализировать по квинтилям доходов, и они должны показывать различия между жителями сельских и городских районов, а также должны освещать то, как различаются возможности получения услуг внутри одной и той же группы населения и между группами.

Оценка и мониторинг доступа должны отражать потребности и опыт всех групп населения. Определенная комбинация показателей даст нам более полную картину различий в возможностях получения услуг теми или иными группами населения. Например, анализ социального неравенства в сфере здравоохранения поможет сфокусировать усилия на самых важных направлениях (Austveg, 2011). Построение программ планирования семьи вокруг прав человека требует того, чтобы мы подсчитали стоимость программ по удовлетворению спроса. Сингх и Дарроч (2012) рекомендуют систематически собирать данные в учреждениях, обслуживающих население, причем следует включать такие показатели, как число сотрудников, число прошедших переподготовку, диапазон предлагаемых средств, стабильность поставок средств контрацепции и качество обслуживания.

4 Увеличить ассигнования на планирование семьи и обеспечить их разумное использование

Правительства развивающихся стран и стран-доноров, международные организации

и фонды должны увеличить финансирование для того, чтобы повысить качество и доступность контрацептивов, информации и услуг для всех, кто хотел бы их получить, тем самым предоставив каждому человеку возможность осуществить свое право на планирование семьи. Правительствам — как стран-доноров, так и развивающихся стран — следует также выполнить свои финансовые обязательства, которые они взяли на себя на Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года, чтобы претворить в жизнь все элементы Программы действий.

Около 4 млрд. долл. США необходимо ежегодно для дальнейшего удовлетворения потребностей 645 миллионов женщин, которые в настоящее время применяют современные методы планирования семьи в развива-

ющихся странах. Чтобы повысить качество обслуживания этих женщин, потребуется еще 1,1 миллиарда долл. США. Для удовлетворения потребностей женщин, которые хотели бы отсрочить беременность или прекратить деторождение, но в настоящее время не применяют никакие методы контрацепции, требуется еще 3 миллиарда долл. США в год. Таким образом, чтобы полностью удовлетворить нынешние и пока что неудовлетворенные потребности в планировании семьи, которые имеются у женщин в развивающихся странах, надо ассигновывать 8,1 миллиарда долл. США ежегодно. Развитые страны должны сами подсчитать свои расходы, связанные с осуществлением этого права, учитывая все положительные последствия для своих граждан и для национального развития.

В ходе агитационной кампании за планирование семьи правительствам, международным организациям и гражданскому обществу следует подчеркивать связи с другими глобальными инициативами, например, с инициативами по сокращению материнской смертности, по прекращению практики заключения детских браков, по борьбе с гендерным насилием и по предотвращению подростковой беременности. Организации, занимающиеся реализацией некоторых конкретных инициатив, включая «Женщины — матери» (в центре внимания которой — здоровье и благосостояние женщин и девочек), «Девочки, а не невесты» (в центре внимания которой — борьба с детскими браками) и «Мужчины — участники» (это глобальная сеть организаций, которые стремятся уменьшить гендерное неравенство и повысить благосостояние мужчин, женщин и детей), являются естественными союзниками в борьбе за осуществление права на планирование семьи.

Многосекторальные инвестиции и координация очень важны для обеспечения эффективного использования финансовых средств.

▼ Президент Нигерии Гудлак Джонатан объявил в сентябре о плане расширения доступа к средствам, необходимым для спасения человеческих жизней, в том числе к средствам планирования семьи. Джонатан является председателем Комиссии Организации Объединенных Наций по товарам, спасающим жизнь.

©United Nations/J. Carrier



Принятие правильных решений относительно интервалов между деторождениями, а также о числе и сроках беременностей становится более вероятным, если правительства делают ассигнования на проведение целого ряда стратегий и программ, включая усилия по прекращению практики заключения детских браков, содействие получению образования девочками и создание рабочих мест для молодежи (Greene, 2000, in Cohen and Burger, 2000). Поскольку комплексный подход к развитию, здравоохранению, образованию и правам обычно ведет к снижению уровня рождаемости, правительства также должны применять комплексный подход, который включает улучшение координации и укрепление сотрудничества между министерствами. При этом необходимо также работать в самых различных сферах на низовом уровне. Например, сотрудничество с работниками просвещения и религиозными лидерами может содействовать

борьбе с гендерными и возрастными предрасудками, которые заставляют мужчин ставить под вопрос планирование семьи, подрывают права женщин и принижают значение подростковой сексуальности или вообще приводят к игнорированию этого явления.

На саммите, состоявшемся в Лондоне 11 июля 2012 года, страны-доноры и фонды обязались выделить к 2020 году 2,6 млрд. долл. США, чтобы предоставить услуги по планированию семьи для 222 миллионов женщин в развивающихся странах, потребности которых сейчас не удовлетворяются. В ходе этого мероприятия развивающиеся страны также обязались выделить значительные средства на реализацию этой инициативы. Заинтересованные стороны охарактеризовали это дополнительное финансирование как «начало», поскольку конечная цель — собрать достаточно средств для того, чтобы полностью удовлетворить потребности в развивающихся странах.

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или район	Здоровье матери и новорожденного				Сексуальное и репродуктивное здоровье			Образование			
	Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорож- дений, 2010 год	Роды, принимае- мые квалифициро- ванным медицин- ским персоналом, 2000–2010 годы (в %)*	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1991/2010 годы*	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорож- дений, 2010–2015 годы	Показатель поль- зования любыми методами контра- цепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Показатель поль- зования современ- ными методами кон- трацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011*	Неудовлетворенные потребности в сред- ствах планирования семьи, в процентах, 1988/2011 годы*	Показатели охвата начальным образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*		Показатель охвата средним образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*	
								мальчики	девочки	мальчики	девочки
Афганистан	460	34	90	184	22	16			34	13	
Албания	27	99	11	19	69	10	13	80	80	75	73
Алжир	97	95	4	27	61	52		98	96	65	69
Ангола	450	49	165	156	6	5		93	78	12	11
Антигуа и Барбуда			67					91	84	85	85
Аргентина	77	98	68	14	79	70		100	99	78	87
Армения	30	100	28	27	55	27	19	95	98	85	88
Австралия ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Австрия	4	99	10	5	51	47					
Азербайджан	43	88	41	43	51	13	15	85	84	81	78
Багамские Острова	47	99	41	18				94	96	82	88
Бахрейн	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Бангладеш	240	27	133	51	56	48	17			45	50
Барбадос	51	100	50	14				90	97	81	88
Беларусь	4	100	21	9	73	56					
Бельгия	8	99	11	5	75	73	3	99	99	90	87
Белиз	53	88	90	21	34	31	21	100	91	64	65
Бенин	350	74	114	121	17	6	27			27	13
Бутан	180	58	59	52	66	65	12	88	91	50	57
Боливия (Многонациональное Государство)	190	71	89	54	61	34	20	95	96	68	69
Босния и Герцеговина	8	99	17	16	36	11					
Ботсвана	160	95	51	46	53	51	27	87	88	57	65
Бразилия	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Бруней-Даруссалам	24	100	18	6						95	99
Болгария	11	99	48	11	63	40	30	99	100	84	82
Буркина-Фасо	300	67	130	147	16	15	30	65	61	19	16
Бурунди	800	60	65	152	22	18	29	91	89	18	15
Камбоджа	250	71	48	69	51	35	24	96	95	37	33
Республика Камерун	690	64	127	136	23	14	21				
Канада	12	99	14	6	74	72		100	100		
Кабо-Верде	79	76	92	22	61	57	17	95	92	61	71
Центральноафриканская Республика	800	41	133	155	19	9	19	78	60	18	10
Чад	110,0	14	193	195	3	2	21	74	51	16	5
Чили	25	100	54	8	64			94	94	81	84
Китай	37	96	6	24	85	84	2				

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или район	Здоровье матери и новорожденного				Сексуальное и репродуктивное здоровье			Образование			
	Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений, 2010 год	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом, 2000–2010 годы (в %)*	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1991/2010 годы*	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорождений, 2010–2015 годы	Показатель пользования любыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи, в процентах, 1988/2011 годы*	Показатели охвата начальным образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*		Показатель охвата средним образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*	
								мальчики	девочки	мальчики	девочки
Колумбия	92	95	85	23	79	73	8	92	91	72	77
Коморские Острова	280	47	95	86	26	19	36	81	75		
Демократическая Республика Конго ²	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Республика Конго	560	83	132	104	44	13	20	92	89		
Коста-Рика	40	95	67	11	82	80	5				
Кот-д'Ивуар	400	57	111	107	13	8	29	67	56		
Хорватия	17	100	13	7				95	97	88	94
Куба	73	100	51	6	73	72		100	99	87	87
Кипр	10	98	4	5				99	99	96	96
Чешская Республика	5	100	11	4	72	63	11	96	96		
Дания	12	98	6	5				95	97	88	91
Джибути	200	78	27	104	18	17		47	42	28	20
Доминика			48					95	96	84	93
Доминиканская Республика	150	94	98	28	73	70	11	96	90	58	67
Эквадор	110	89	100	23	73	59	7	99	100	58	59
Египет	66	79	50	25	60	58	12	100	96	71	69
Сальвадор	81	85	65	23	73	66	9	95	95	57	59
Экваториальная Гвинея	240	65	128	151	10	6	29	57	56		
Эритрея	240	28	85	62	8	5		37	33	32	25
Эстония	2	99	21	7	70	56	25	96	96	91	93
Эфиопия	350	10	79	96	29	27		85	80	17	11
Фиджи	26	100	31	22				99	99	79	88
Финляндия	5	99	8	3				98	98	94	94
Франция	8	98	12	4	77	75	2	99	99	98	99
Габон	230	86	144	64	33	12	28				
Гамбия	360	52	104	93	18	13		68	70		
Грузия	67	100	44	27	47	27	16	96	94	84	80
Германия	7	99	9	4	70	66					
Гана	350	55	70	63	24	17	36	84	85	51	47
Греция	3		12	5	76	46		98	99	91	90
Гренада	24	100	53	15	54	52		96	99	95	86
Гватемала	120	51	92	34	43	34	28	100	98	43	40
Гвинея	610	46	153	134	9	4	22	83	70	36	22
Гвинея-Биссау	790	44	137	181	14			77	73	12	7
Гайана	280	87	97	46	43	40	29	82	86	78	83
Гаити	350	26	69	76	32	24	37				
Гондурас	100	66	108	33	65	56	17	95	97		
Венгрия	21	100	19	7	81	71	7	98	98	91	91
Исландия	5		15	3				99	100	87	89
Индия	200	58	39	65	55	48	21	99	98		

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или район	Здоровье матери и новорожденного				Сексуальное и репродуктивное здоровье			Образование			
	Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений, 2010 год	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом, 2000–2010 годы (в %)*	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1991/2010 годы*	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорождений, 2010–2015 годы	Показатель пользования любыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи, в процентах, 1988/2011 годы*	Показатели охвата начальным образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*		Показатель охвата средним образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*	
								мальчики	девочки	мальчики	девочки
Индонезия	220	77	52	31	61	57	13	97	93	68	67
Иран (Исламская Республика)	21	99	31	31	73	59		98	96		
Ирак	63	80	68	41	50	33		94	84	49	39
Ирландия	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Израиль	7		14	4				97	97	97	100
Италия	4	100	7	4	63	41	12	100	99	94	94
Ямайка	110	98	72	26	69	66	12	83	81	80	87
Япония	5	100	5	3	54	44				99	100
Иордания	63	99	32	22	59	41	13	91	91	83	88
Казахстан	51	99	31	29	51	49	12	99	100	90	89
Кения	360	44	106	89	46	39	26	84	85	52	48
Кирибати			39	44	36	31	12			65	72
Корейская Народно-Демократическая Республика	81	100	1	32	69	58					
Республика Корея	16	100	2	5	80	70		99	98	96	95
Кувейт	14	99	14	10	52	39		97	100	86	93
Кыргызстан	71	97	31	42	48	46		95	95	79	79
Лаосская Народно-Демократическая Республика	470	37	110	46	38	35	27	98	95	42	38
Латвия	34	99	15	8	68	56	17	95	97	83	84
Ливан	25	97	18	24	58	34		94	93	71	79
Лесото	620	62	92	89	47	46	23	72	75	23	37
Либерия	770	46	177	107	11	10	36	52	41		
Ливия	58	100	4	15	45	26					
Литва	8	100	17	9	51	33	18	96	96	91	91
Люксембург	20	100	7	3				96	98	84	86
Мадагаскар	240	44	147	58	40	28	19	79	80	23	24
Малави	460	71	157	119	46	42	26	91	98	28	27
Малайзия	29	99	14	9	49	32		96	96	65	71
Мальдивские Острова	60	95	19	12	35	27	29	97	97	46	52
Мали	540	49	190	173	8	6	28	72	63	36	25
Мальта	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Мартиника			20	8							
Мавритания	510	57	88	106	9	8	32	73	76	17	15
Маврикий ³	60	100	31	15	76	39	4	92	94	74	74
Мексика	50	95	87	17	71	67	12	99	100	70	73
Микронезии, Федеративные Штаты	100	100	52	38							
Республика Молдова	41	100	26	19	68	43	11	90	90	78	79
Монголия	63	99	20	37	55	50	14	100	99	77	85
Черногория	8	100	24	9	39	17					
Марокко	100	74	18	31	63	52	12	97	96	38	32

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или район	Здоровье матери и новорожденного				Сексуальное и репродуктивное здоровье			Образование			
	Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений, 2010 год	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом, 2000–2010 годы (в %)*	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1991/2010 годы*	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорождений, 2010–2015 годы	Показатель пользования любыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи, в процентах, 1988/2011 годы*	Показатели охвата начальным образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*		Показатель охвата средним образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*	
								мальчики	девочки	мальчики	девочки
Мозамбик	490	55	193	123	16	12	19	92	88	18	17
Мьянма	200	71	17	57	41	38	19			49	52
Намибия	200	81	74	39	55	54	21	84	89	44	57
Непал	170	36	81	39	50	43	25	78	64		
Нидерланды	6		5	5	69	67		100	99	87	88
Новая Зеландия	15	96	29	6	75	72		99	100	94	95
Никарагуа	95	74	109	22	72	69	8	93	95	43	49
Нигер	590	18	199	144	11	5	16	68	57	13	8
Нигерия	630	34	123	141	14	9	19	60	55		
Норвегия	7	99	10	4	88	82		99	99	94	94
Оккупированные палестинские территории	64		60	22	50	39		90	88	81	87
Оман	32	99	12	11	32	25		100	97		
Пакистан	260	45	16	86	27	19	25	81	67	38	29
Панама	92	89	88	21				99	98	66	72
Папуа-Новая Гвинея	230	40	70	58	36						
Парагвай	99	85	63	33	79	70	5	86	86	58	62
Перу	67	84	72	28	74	50	7	98	98	77	78
Филиппины	99	62	53	27	51	34	22	88	90	56	67
Польша	5	100	16	7	73	28		96	96	90	92
Португалия	8		16	5	87	83		99	100	78	86
Катар	7	100	15	10	43	32		96	97	76	93
Румыния	27	99	41	15	70	38	12	88	87	82	83
Российская Федерация	34	100	30	16	80	65		95	96		
Руанда	340	69	41	114	52	44	19	89	92		
Сент-Китс и Невис			67					86	86	89	88
Сент-Люсия	35	100	49	16				90	89	85	85
Сент-Винсент и Гренадины	48	98	70	25				100	97	85	96
Самоа			29	24	29	27	48	93	97	73	83
Сан-Томе и Принсипи	70	81	110	69	38	33	38	97	98	44	52
Саудовская Аравия	24	100	7	19	24			90	89	78	83
Сенегал	370	65	93	85	13	12	29	76	80	24	19
Сербия	12	100	22	13	61	22	7	95	94	89	91
Сейшельские Острова			62					96	94	92	100
Сьерра-Леоне	890	31	98	157	8	6	28				
Сингапур	3	100	6	2	62	55					
Словакия	6	100	21	7	80	66					
Словакия	12	100	5	4	79	63	9	97	97	91	92
Соломоновы Острова	93	70	70	43	35	27	11	83	81	32	29
Сомали	100,0	9	123	162	15	1					
Южная Африка	300	91	54	64	60	60	14	90	91	59	65

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или район	Здоровье матери и новорожденного				Сексуальное и репродуктивное здоровье			Образование			
	Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений, 2010 год	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом, 2000–2010 годы (в %)*	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1991/2010 годы*	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорождений, 2010–2015 годы	Показатель пользования любыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи, в процентах, 1988/2011 годы*	Показатели охвата начальным образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*		Показатель охвата средним образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*	
								мальчики	девочки	мальчики	девочки
Испания	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Шри-Ланка	35	99	24	13	68	53	7	94	94		
Судан ⁴	730	23	70	87	9		29				
Суринам	130	87	66	27	46	45		91	91	46	55
Свазиленд	320	82	111	92	65	63	13	86	85	29	37
Швеция	4		6	3	75	65		100	99	94	94
Швейцария	8	100	4	5	82	78		99	99	84	82
Сирийская Арабская Республика	70	96	75	16	58	43		100	98	67	67
Таджикистан	65	88	27	65	37	32		99	96	90	80
Объединенная Республика Танзания	460	49	128	81	34	26	25	98	98		
Таиланд	48	99	47	13	80	78	3	90	89	70	78
Бывшая югославская Республика Македония	10	100	20	15				97	99	82	81
Демократическая Республика Тимор-Лешти	300	30	54	76	22	21	32	86	86	34	39
Того	300	60	89	104	15	13	31			33	16
Тонга	110	98	16	25				94	89	67	80
Тринидад и Тобаго	46	97	33	31	43	38		98	97	66	70
Тунис	56	95	6	23	60	52	12	99	96	64	66
Турция	20	91	38	23	73	46	6	98	97	77	71
Туркменистан	67	100	21	62	62	45	10				
Острова Тёркс и Кайкос			26		31	22		77	84	72	69
Тувалу			28				24				
Уганда	310	42	159	114	24	18	38	90	92	17	15
Украина	32	99	30	15	67	48	10	91	91	86	86
Объединенные Арабские Эмираты	12	100	34	8	28	24		94	98	80	82
Соединенное Королевство	12		25	6	84	84		100	100	95	97
Соединенные Штаты Америки	21	99	39	8	79	73	7	95	96	89	90
Уругвай	29	100	60	15	77	75		100	99	66	73
Узбекистан	28	100	26	53	65	59	14	94	91	93	91
Вануату	110	74	92	29	38	37		98	97	46	49
Венесуэла (Боливарианская Респ.)	92	95	101	20	70	62	19	95	95	68	76
Вьетнам	59	84	35	23	78	60	4				
Йемен	200	36	80	57	28	19	39	86	70	49	31
Замбия	440	47	151	130	41	27	27	91	94		
Зимбабве	570	66	115	71	59	57	16				

Данные по миру и по отдельным регионам¹⁴

	Здоровье матери и новорожденного				Сексуальное и репродуктивное здоровье			Образование			
	Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений, 2010 год	Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом, 2000–2010 годы (в %)*	Показатель рождаемости среди подростков, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1991/2010 годы*	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорождений, 2010–2015 годы	Показатель пользования любыми методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2011 годы*	Неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи, в процентах, 1988/2011 годы*	Показатели охвата начальным образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*		Показатель охвата средним образованием, чистая доля охваченных образованием детей школьного возраста, 1999/2011 годы*	
								мальчики	девочки	мальчики	девочки
Весь мир	210	70	49	60,0	63	57	12	92	90	64	61
Более развитые регионы⁶	26		23	7,7	72	62		97	97	90	91
Менее развитые регионы⁷	240	65	52	66,1	62	56	13	91	89	60	57
Наименее развитые страны⁸	430	42	116	112,0	35	28	24	82	78	35	29
Арабские государства⁹	140	76	43	49,1	51	42	18	89	82	61	58
Азия и Тихий океан¹⁰	160	69	33	51,4	67	62	11	95	94	63	60
Восточная Европа и Центральная Азия¹¹	32	97	30	26,1	70	54	10	94	94	85	85
Латинская Америка и Карибский бассейн¹²	81	91	79	23,9	73	67	10	96	95	71	76
Африка к югу от Сахары¹³	500	47	120	122,6	25	20	25	79	76	33	26

Демографические, социальные и экономические показатели

■ Мужчины ■ Женщины

Страна, территория или район

Страна, территория или район	Общая численность населения (в млн. чел.) в 2012 году**	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2010–2015 годы		Суммарный коэффициент фертильности, на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет, 2010–2015 годы
			Мужчины	Женщины	
Афганистан	33,4	3,1	49	49	6,0
Албания	3,2	0,3	74	80	1,5
Алжир	36,5	1,4	72	75	2,1
Ангола	20,2	2,7	50	53	5,1
Антигуа и Барбуда	0,1	1,0			
Аргентина	41,1	0,9	72	80	2,2
Армения	3,1	0,3	71	77	1,7
Австралия ¹	22,9	1,3	80	84	1,9
Австрия	8,4	0,2	78	84	1,3
Азербайджан	9,4	1,2	68	74	2,1
Багамские Острова	0,4	1,1	73	79	1,9
Бахрейн	1,4	2,1	75	76	2,4
Бангладеш	152,4	1,3	69	70	2,2
Барбадос	0,3	0,2	74	80	1,6
Беларусь	9,5	-0,3	65	76	1,5
Бельгия	10,8	0,3	77	83	1,8
Белиз	0,3	2,0	75	78	2,7
Бенин	9,4	2,7	55	59	5,1
Бутан	0,8	1,5	66	70	2,3
Боливия (Многонациональное Государство)	10,2	1,6	65	69	3,2
Босния и Герцеговина	3,7	-0,2	73	78	1,1
Ботсвана	2,1	1,1	54	51	2,6
Бразилия	198,4	0,8	71	77	1,8
Бруней-Даруссалам	0,4	1,7	76	81	2,0
Болгария	7,4	-0,7	70	77	1,5
Буркина-Фасо	17,5	3,0	55	57	5,8
Бурунди	8,7	1,9	50	53	4,1
Камбоджа	14,5	1,2	62	65	2,4
Республика Камерун	20,5	2,1	51	54	4,3
Канада	34,7	0,9	79	83	1,7
Кабо-Верде	0,5	0,9	71	78	2,3
Центральноафриканская Республика	4,6	2,0	48	51	4,4
Чад	11,8	2,6	49	52	5,7
Чили	17,4	0,9	76	82	1,8
Китай	1353,6	0,4	72	76	1,6
Колумбия	47,6	1,3	70	78	2,3
Коморские Острова	0,8	2,5	60	63	4,7
Демократическая Республика Конго ²	69,6	2,6	47	51	5,5

Страна, территория или район

Страна, территория или район	Общая численность населения (в млн. чел.) в 2012 году**	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2010–2015 годы		Суммарный коэффициент фертильности, на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет, 2010–2015 годы
			Мужчины	Женщины	
Республика Конго	4,2	2,2	57	59	4,4
Коста-Рика	4,8	1,4	77	82	1,8
Коста-Рика	20,6	2,2	55	58	4,2
Хорватия	4,4	-0,2	73	80	1,5
Куба	11,2	0,0	77	81	1,5
Кипр	1,1	1,1	78	82	1,5
Чешская Республика	10,6	0,3	75	81	1,5
Дания	5,6	0,3	77	81	1,9
Джибути	0,9	1,9	57	60	3,6
Доминика	0,1	0,0			
Доминиканская Республика	10,2	1,2	71	77	2,5
Эквадор	14,9	1,3	73	79	2,42
Египет	84,0	1,7	72	76	2,6
Сальвадор	6,3	0,6	68	77	2,2
Экваториальная Гвинея	0,7	2,7	50	53	5,0
Эритрея	5,6	2,9	60	64	4,2
Эстония	1,3	-0,1	70	80	1,7
Эфиопия	86,5	2,1	58	62	3,8
Фиджи	0,9	0,8	67	72	2,6
Финляндия	5,4	0,3	77	83	1,9
Франция	63,5	0,5	78	85	2,0
Габон	1,6	1,9	62	64	3,2
Гамбия	1,8	2,7	58	60	4,7
Грузия	4,3	-0,6	71	77	1,5
Германия	82,0	-0,2	78	83	1,5
Гана	25,5	2,3	64	66	4,0
Греция	11,4	0,2	78	83	1,5
Гренада	0,1	0,4	74	78	2,2
Гватемала	15,1	2,5	68	75	3,8
Гвинея	10,5	2,5	53	56	5,0
Гвинея-Бисау	1,6	2,1	47	50	4,9
Гайана	0,8	0,2	67	73	2,2
Гаити	10,3	1,3	61	64	3,2
Гондурас	7,9	2,0	71	76	3,0
Венгрия	9,9	-0,2	71	78	1,4
Исландия	0,3	1,2	80	84	2,1
Индия	1258,4	1,3	64	68	2,5
Индонезия	244,8	1,0	68	72	2,1
Иран (Исламская Республика)	75,6	1,0	72	75	1,6
Ирак	33,7	3,1	68	73	4,5

Страна, территория или район	Общая численность населения (в млн. чел.) в 2012 году**	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2010–2015 годы		Суммарный коэффициент фертильности, на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет, 2010–2015 годы
			Мужчины	Женщины	
Ирландия	4,6	1,1	78	83	2,1
Израиль	7,7	1,7	80	84	2,9
Италия	61,0	0,2	79	85	1,5
Ямайка	2,8	0,4	71	76	2,3
Япония	126,4	-0,1	80	87	1,4
Иордания	6,5	1,9	72	75	2,9
Казахстан	16,4	1,0	62	73	2,5
Кения	42,7	2,7	57	59	4,6
Кирибати	0,1	1,5	66	71	2,9
Корейская Народно-Демократическая Республика	24,6	0,4	66	72	2,0
Республика Корея	48,6	0,4	77	84	1,4
Кувейт	2,9	2,4	74	76	2,3
Кыргызстан	5,4	1,1	64	72	2,6
Лаосская Народно-Демократическая Республика	6,4	1,3	66	69	2,5
Латвия	2,2	-0,4	69	79	1,5
Ливан	4,3	0,7	71	75	1,8
Лесото	2,2	1,0	50	48	3,1
Либерия	4,2	2,6	56	59	5,0
Ливия	6,5	0,8	73	78	2,4
Литва	3,3	-0,4	67	78	1,5
Люксембург	0,5	1,4	78	83	1,7
Мадагаскар	21,9	2,8	65	69	4,5
Малави	15,9	3,2	55	55	6,0
Малайзия	29,3	1,6	73	77	2,6
Мальдивские Острова	0,3	1,3	76	79	1,7
Мали	16,3	3,0	51	53	6,1
Мальта	0,4	0,3	78	82	1,3
Мартиника	0,4	0,3	77	84	1,8
Мавритания	3,6	2,2	57	61	4,4
Маврикий ³	1,3	0,5	70	77	1,6
Мексика	116,1	1,1	75	80	2,2
Микронезия	0,1	0,5	68	70	3,3
Республика Молдова	3,5	-0,7	66	73	1,4
Монголия	2,8	1,5	65	73	2,4
Черногория	0,6	0,1	73	77	1,6
Марокко	32,6	1,0	70	75	2,2
Мозамбик	24,5	2,2	50	52	4,7
Мьянма	48,7	0,8	64	68	1,9
Намибия	2,4	1,7	62	63	3,1

Страна, территория или район	Общая численность населения (в млн. чел.) в 2012 году**	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2010–2015 годы		Суммарный коэффициент фертильности, на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет, 2010–2015 годы
			Мужчины	Женщины	
Непал	31,0	1,7	68	70	2,6
Нидерланды	16,7	0,3	79	83	1,8
Новая Зеландия	4,5	1,0	79	83	2,1
Никарагуа	6,0	1,4	71	77	2,5
Нигер	16,6	3,5	55	56	6,9
Нигерия	166,6	2,5	52	53	5,4
Норвегия	5,0	0,7	79	83	1,9
Оккупированные палестинские территории	4,3	2,8	72	75	4,3
Оман	2,9	1,9	71	76	2,1
Пакистан	180,0	1,8	65	67	3,2
Панама	3,6	1,5	74	79	2,4
Папуа-Новая Гвинея	7,2	2,2	61	66	3,8
Парагвай	6,7	1,7	71	75	2,9
Перу	29,7	1,1	72	77	2,4
Филиппины	96,5	1,7	66	73	3,1
Польша	38,3	0,0	72	81	1,4
Португалия	10,7	0,0	77	83	1,3
Катар	1,9	2,9	79	78	2,2
Румыния	21,4	-0,2	71	78	1,4
Российская Федерация	142,7	-0,1	63	75	1,5
Руанда	11,3	2,9	54	57	5,3
Сент-Китс и Невис	0,1	1,2			
Сент-Люсия	0,2	1,0	72	78	1,9
Сент-Винсент и Гренадины	0,1	0,0	70	75	2,0
Самоа	0,2	0,5	70	76	3,8
Сан-Томе и Принсипи	0,2	2,0	64	66	3,5
Саудовская Аравия	28,7	2,1	73	76	2,6
Сенегал	13,1	2,6	59	61	4,6
Сербия	9,8	-0,1	72	77	1,6
Сейшельские Острова	0,1	0,3			
Сьерра-Леоне	6,1	2,1	48	49	4,7
Сингапур	5,3	1,1	79	84	1,4
Словакия	5,5	0,2	72	80	1,4
Словения	2,0	0,2	76	83	1,5
Соломоновы Острова	0,6	2,5	67	70	4,0
Сомали	9,8	2,6	50	53	6,3
Южная Африка	50,7	0,5	53	54	2,4
Южный Судан	10,7	3,2			
Испания	46,8	0,6	79	85	1,5
Шри-Ланка	21,2	0,8	72	78	2,2

Страна, территория или район	Общая численность населения (в млн. чел.) в 2012 году**	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2010–2015 годы		Суммарный коэффициент фертильности, на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет, 2010–2015 годы
			Мужчины	Женщины	
Судан ⁵	35,0	2,2			
Суринам	0,5	0,9	68	74	2,3
Свазиленд	1,2	1,4	50	49	3,2
Швеция	9,5	0,6	80	84	1,9
Швейцария	7,7	0,4	80	85	1,5
Сирийская Арабская Республика	21,1	1,7	74	78	2,8
Таджикистан	7,1	1,5	65	71	3,2
Объединенная Респ. Танзания	47,7	3,1	58	60	5,5
Таиланд	69,9	0,5	71	78	1,5
Бывшая югославская Республика Македония	2,1	0,1	73	77	1,4
Демократическая Республика Тимор-Лешти	1,2	2,9	62	64	5,9
Того	6,3	2,0	56	59	3,9
Тонга	0,1	0,4	70	75	3,8
Тринидад и Тобаго	1,4	0,3	67	74	1,6
Тунис	10,7	1,0	73	77	1,9
Турция	74,5	1,1	72	77	2,0
Туркменистан	5,2	1,2	61	69	2,3
Острова Тёркс и Кайкос	0,0	1,2			
Тувалу	0,0	0,2			
Уганда	35,6	3,1	54	55	5,9
Украина	44,9	-0,5	64	75	1,5
Объединенные Арабские Эмираты	8,1	2,2	76	78	1,7
Соединенное Королевство	62,8	0,6	78	82	1,9
Соединенные Штаты Америки	315,8	0,9	76	81	2,1
Уругвай	3,4	0,3	74	81	2,0
Узбекистан	28,1	1,1	66	72	2,3
Вануату	0,3	2,4	70	74	3,7
Венесуэла (Боливарианская Республика)	29,9	1,5	72	78	2,4
Вьетнам	89,7	1,0	73	77	1,7
Йемен	25,6	3,0	65	68	4,9
Замбия	13,9	3,0	49	50	6,3
Зимбабве	13,0	2,2	54	53	3,1

Данные по миру и по отдельным регионам¹⁴

	Общая численность населения (в млн. чел.) в 2012 году**	Темпы роста населения в 2010–2015 годах (в процентах)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2010–2015 годы		Суммарный коэффициент фертильности, на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет, 2010–2015 годы
			Мужчины	Женщины	
Весь мир	7052,1	1,1	67	72	2
Более развитые регионы⁶	1244,6	0,3	75	81	2
Менее развитые регионы⁷	5807,6	1,3	66	69	3
Наименее развитые страны⁸	870,4	2,2	58	60	4
Арабские государства⁹	318,5	1,9	68	72	3
Азия и Тихий океан¹⁰	3744,5	1,0	68	71	2
Восточная Европа и Центральная Азия¹¹	401,9	0,3	66	75	2
Латинская Америка и Карибский бассейн¹²	598,3	1,1	72	78	2
Африка к югу от Сахары¹³	841,8	2,4	54	56	5

Примечания к показателям

- * За указанный период используются самые последние данные по каждой стране.
- 1 Включая остров Рождества, Кокосовы острова (Килинг) и остров Норфолк.
 - 2 Бывший Заир.
 - 3 Включая острова Агалеса, Родригес и Сент-Брендон.
 - 4 Вследствие образования Республики Южный Судан в июле 2011 года и ее последующего принятия в члены Организации Объединенных Наций 14 июля 2011 года дезагрегированных данных по Судану и Южному Судану как самостоятельным государствам пока нет по большинству показателей. Приведенные здесь данные относятся к Судану до провозглашения независимости Южного Судана.
 - 5 Не включая Южный Судан.
 - 6 К более развитым регионам относятся Северная Америка, Япония, Европа и Австралия — Новая Зеландия.
 - 7 К менее развитым регионам относятся все регионы Африки, Латинская Америка и Карибский бассейн, Азия (за исключением Японии) и Меланезия, Микронезия и Полинезия.
 - 8 Наименее развитые страны согласно определению, принятому в Организации Объединенных Наций.
 - 9 Включает Алжир, Бахрейн, Джибути, Египет, Иорданию, Ирак, Йемен, Катар, Кувейт, Ливан, Ливию, Марокко, Объединенные Арабские Эмираты, оккупированные палестинские территории, Оман, Саудовскую Аравию, Сирийскую Арабскую Республику, Сомали, Судан и Тунис.
 - 10 Включает только страны, территории или другие районы, в которых осуществляются программы ЮНФПА: Афганистан, Бангладеш, Бутан, Вануату, Вьетнам, Индию, Индонезию, Иран (Исламскую Республику), Камбоджу, Кирибати, Китай, Корейскую Народно-Демократическую Республику, Лаосскую Народно-Демократическую Республику, Острова Кука, Малайзию, Мальдивские Острова, Маршалловы Острова, Микронезию, Монголию, Мьянму, Науру, Непал, Ниуэ, Пакистан, Палау, Папуа-Новую Гвинею, Самоа, Соломоновы Острова, Таиланд, Тимор-Лешти, Токелау, Тонгу, Тувалу, Фиджи, Филиппины и Шри-Ланку.
 - 11 Включает страны, территории и другие районы, в которых осуществляются программы ЮНФПА: Азербайджан, Албанию, Армению, Беларусь, Болгарию, Боснию и Герцеговину, Грузию, Казахстан, Кыргызстан, бывшую югославскую Республику Македонию, Республику Молдова, Российскую Федерацию, Румынию, Сербию, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украину.
 - 12 Включает страны, территории и другие районы, в которых осуществляются программы ЮНФПА: Ангилью, Антигуа и Барбуда, Аргентину, Багамские Острова, Барбадос, Белиз, Бермудские острова, Боливию (Многонациональное Государство), Бразилию, Британские Виргинские острова, Венесуэлу (Боливарианскую Республику), Гаити, Гайану, Гватемалу, Гондурас, Гренаду, Доминику, Доминиканскую Республику, Каймановы острова, Колумбию, Коста-Рику, Кубу, Мексику, Монтсеррат, Нидерландские Антильские острова, Никарагуа, Панаму, Парагвай, Перу, Сальвадор, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсия, Суринам, Теркс и Кайкос, Тринидад и Тобаго, Уругвай, Чили, Эквадор и Ямайку.
 - 13 Включает страны, территории и другие районы, в которых осуществляются программы ЮНФПА: Анголу, Бенин, Ботсвану, Буркина-Фасо, Бурунди, Гамбию, Габон, Гану, Гвинею, Гвинею-Бисау, Демократическую Республику Конго, Замбию, Зимбабве, Кабо-Верде, Камерун, Кению, Коморские Острова, Конго, Кот-д'Ивуар, Лесото, Либерию, Маврикий, Мавританию, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Намибию, Нигер, Нигерию, Объединенную Республику Танзания, Руанду, Свазиленд, Сейшельские Острова, Сенегал, Сьерра-Леоне, Того, Уганда, Центральнаяафриканскую Республику, Чад, Экваториальную Гвинею, Эритрею, Эфиопию и Южную Африку.
 - 14 Региональные сводные данные являются средневзвешенными величинами, основанными на имеющихся данных по странам.

Технические примечания: Источники данных и определения

Статистические таблицы в докладе *Народонаселение мира в 2012 году* включают показатели, которые отражают прогресс в достижении целей Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) и Целей развития тысячелетия (ЦРТ), в области материнского здоровья, доступа к образованию и сексуального и репродуктивного здоровья. Кроме того, эти таблицы включают различные демографические показатели.

Различные национальные ведомства и международные организации могут использовать разные методологии сбора, экстраполяции и анализа данных. Чтобы содействовать обеспечению международной сопоставимости данных, ЮНФПА опирается на стандартные методологии, используемые теми органами, которые являются главными источниками данных: в первую очередь это Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций. Поэтому в некоторых случаях данные в этих таблицах отличаются от данных, полученных национальными ведомствами.

Региональные средние величины основаны на данных по странам и территориям, где работает ЮНФПА, а не на строгих географических определениях, используемых Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций. Список стран, включенных в каждую региональную категорию в настоящем докладе, содержится в разделе «Примечания к показателям».

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР

Здоровье матери и новорожденного

Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений

Источник: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирный банк, 2010. *Тенденции материнской смертности: 1990–2010*

(ВОЗ). Этот показатель отражает число женщин на каждые 100 000 живорождений, умерших по причинам, связанным с беременностью, родами и послеродовыми осложнениями. Оценки в интервале от 100 до 999 округляются до ближайших 10, а для показателей выше 1000 — до ближайших 100. Некоторые оценки отличаются от официальных государственных данных. Оценки основаны на представленных данных, когда это возможно, и при этом используются методы, позволяющие повысить сопоставимость данных, полученных из разных источников. Более подробную информацию об источнике национальных оценок можно получить в указанном здесь источнике. Оценки и методологии регулярно анализируются ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, высшими учебными заведениями и другими учреждениями и в случае необходимости пересматриваются в рамках постоянного процесса улучшения качества данных о материнской смертности. Вследствие изменений методологий предыдущие оценки за 1995 год и 2000 год могут быть не полностью сопоставимыми с нынешними оценками. Содержащиеся здесь оценки материнской смертности основаны на глобальной базе данных о материнской смертности, которая обновляется каждые 5 лет.

Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом, в процентах, 2000–2010 годы

Источник: *Глобальная база данных ВОЗ о показателях материнской смертности, 2012 год*, Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/gho>). Показатель родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, отражает процентную долю родов, принимаемых персоналом, обладающим необходимой квалификацией (врачи, медсестры, акушерки), для того, чтобы оказывать жизненно важную акушерскую помощь, в том числе осуществлять необходимое наблюдение и уход за женщинами во время беременности, родов и в послеродовой период, консультировать женщин, а также самостоятельно принимать роды и ухаживать за новорожденными. К этим лицам не относятся народные акушерки, даже если они прошли краткий курс подготовки.

Показатель рождаемости среди подростков на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет, 1991–2010 годы

Источник: Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения (2012). *База данных по ЦРТ за 2012 год: показатели рождаемости среди подростков* (POP/DB/Fert/A/MDG2012). Показатель рождаемости среди подростков отражает число деторождений в год среди женщин в возрасте от 15 до 19 лет на 1000 женщин этой возрастной группы. Он показывает риск деторождения для женщин подросткового возраста от 15 до 19 лет. Для целей регистрации гражданского состояния эти показатели подвергаются интерпретации, которая зависит от полноты данных о деторождениях, правил регистрации младенцев, которые родились живыми, но умерли до момента регистрации или в течение первых 24 часов своей жизни, качества представленной информации о возрасте матери и включения деторождений в предыдущие периоды. Оценки, касающиеся народонаселения, могут быть неточными вследствие неправильной регистрации возраста и неполноты данных. При проведении обследований и переписей населения как числитель, так и знаменатель относятся к одной и той же группе населения. Основными недостатками являются неправильная регистрация возраста, отсутствие регистрации деторождения, неправильная регистрация даты рождения ребенка и изменчивость выборки при проведении обследования.

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет на 1000 живорождений. Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision, DVD Edition — Extended Data set in Excel and ASCII formats* (United Nations publication, ST/ESA/SER.A/306). Смертность в возрасте до 5 лет (выражаемая в расчете на 1000 живорождений) — это вероятность смерти ребенка, родившегося в определенном году, до того, как он достигнет пятилетнего возраста, если на него будет распространяться ныне действующий коэффициент смертности для данной возрастной группы.

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Масштабы применения средств контрацепции. Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012). *2012 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence* (POP/DB/CP/A/MDG2012). Эти данные взяты из докладов о выборочных обследованиях и являются оценками процентной доли замужних женщин (включая женщин, живущих в союзах по согласию), которые в настоящее время пользуются тем или иным методом или современными методами контрацепции. Современные и клинические методы, а также препараты и устройства включают мужскую и женскую стерилизацию, внутриматочные устройства, противозачаточные таблетки, инъекционные препараты, гормональные имплантаты, презервативы и барьерные методы для женщин. Эти цифры в целом сопоставимы по странам, хотя и не полностью, вследствие различных периодов проведения обследований и наличия расхождений в характере вопросов, включенных в анкеты. Все данные по странам и регионам касаются женщин в возрасте от 15 до 49 лет. Всегда цитируются самые последние из имеющихся данных за период 1990–2011 годов.

Неудовлетворенные потребности в планировании семьи. Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012). *2012 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning* (POP/DB/CP/B/MDG2012). Женщины с неудовлетворенными потребностями регулирования сроков деторождений — это женщины, которые находятся в детородном возрасте, ведут активную половую жизнь, но в настоящее время не применяют никаких методов контрацепции и сообщают о том, что хотели бы отсрочить рождение следующего ребенка. Это одна из подкатегорий общих неудовлетворенных потребностей в планировании семьи, которые включают также необходимость ограничения деторождений. Концепция

неудовлетворенных потребностей указывает на расхождение между репродуктивными намерениями женщин и их поведением в смысле применения средств контрацепции. Для отслеживания прогресса в достижении Целей развития тысячелетия, неудовлетворенные потребности выражаются в виде процентного показателя, основанного на процентной доле женщин, состоящих в браке или живущих в союзе по согласию. Дополнительную информацию можно получить из следующего источника: *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012*, Институт Гутмакера и ЮНФПА, 2012.

Просвещение

Источник: Институт статистики ЮНЕСКО; данные, опубликованные в мае 2012 года. *Чистые (скорректированные) показатели зачисления мальчиков и девочек в начальную школу и чистые показатели зачисления мальчиков и девочек в среднюю школу, 1999–2011 годы* (можно получить через: stats.uis.unesco.org.) Чистые показатели зачисления отражают зачисление официальной возрастной группы в школу определенного уровня в процентах от численности соответствующей категории населения. Скорректированные чистые показатели зачисления отражают также число детей, которые официально относятся к младшему школьному возрасту, но зачислены в среднюю школу. Данные относятся к самому последнему году оценок за период 1999–2011 годов.

Демографические показатели

Общая численность населения в 2012 году. Источник: Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (издание Организации Объединенных Наций, ST/ESA/SER.A/306). Эти показатели отражают нынешние оценки численности населения государств по состоянию на середину года.

Среднегодовые темпы изменения численности народонаселения (в процентах). Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition—Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (United Nations publication, ST/ESA/SER.A/306). Среднегодовые темпы изменения численности народонаселения отражают средние экспоненциальные темпы прироста населения за определенный период. Они основаны на средних проецируемых показателях.

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин при рождении. Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition—Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (United Nations publication, ST/ESA/SER.A/306). Эти показатели отражают коэффициенты смертности мужчин и женщин и означают среднюю ожидаемую продолжительность жизни гипотетической когорты людей, у которых на протяжении всей их жизни будут сохраняться данные коэффициенты смертности. Приведенные здесь данные относятся к периоду 2010–2015 годов и выражены в годах.

Общий коэффициент фертильности. Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition—Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (United Nations publication, ST/ESA/SER.A/306). Этот показатель отражает число детей, которых женщина могла бы родить в репродуктивном возрасте, если бы она рожала с периодичностью, оцениваемой для различных возрастных групп, в течение определенного периода времени. Страны могут достигать прогнозируемого уровня в различные моменты данного периода. Оценки относятся к периоду 2010–2015 годов.

Библиография

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi. 2011. "The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction." *Studies in Family Planning* 42(3): 233-235.
- Abdel-Tawab, Nahla, Dale Huntington, Ezzeldin Osman, Hala Youssef and Laila Nawar. 2002. "Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?" In, Haberland, Nicole and Diana Measham, eds., *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.
- Abma, Joyce C., Gladys Martinez, and Casey E. Copen. 2010. "Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing, National Survey of Family Growth 2006-2008." *Vital and Health Statistics*. 23(30): 1-47.
- AbouZahr, Carla and others. 1996. "Quality Health Care for Women: A Global Challenge." *Health Care for Women International*. 17(5): 449-467.
- Abraham, W., A. Adamu, and D. Deresse. 2010. "The Involvement of Men in Family Planning An Application of Transtheoretical Model in Wolaita Soddo Town South Ethiopia." *Asian Journal of Medical Sciences*. 2(2): 44-50.
- Advocates for Youth. 2011. "Adolescent Sexual Health in Europe and the United States: The Case for a Rights. Respect. Responsibility. Approach." Fact Sheet. Washington, DC: Advocates for Youth.
- Aka-Dago-Akribi, H, A. Desgrees Du Lou, Phillippe Msellati, and others. 1999. "Issues Surrounding Reproductive Choice for Women Living with HIV in Abidjan, Cote d'Ivoire." *Reproductive Health Matters*. 7(13): 20-29.
- Alderman, Harold, Jere R. Behrman, Victor Lavy, and others. 2001. "Child Health and School Enrollment: A Longitudinal Analysis." *The Journal of Human Resources*. 36(1): 185-205.
- Almond, Douglas. 2006. "Is the 1918 Influenza Pandemic Over? Long-Term Effects of In Utero Influenza Exposure in the Post-1940 U.S. Population." *Journal of Political Economy*. 114(4): 672-712.
- Almond, Douglas and Janet Currie. 2011. "Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis." *Journal of Economic Perspectives*. 25(3): 153-172.
- Almond, Douglas, Lena Edlund, Hongbin Li, and others. 2007. "Long-Term Effects of the 1959-1961 China Famine: Mainland China and Hong Kong." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 13384.
- Almond, Douglas and Bhashkar Mazumder. 2008. "Health Capital and the Prenatal Environment: The Effect of Maternal Fasting During Pregnancy." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 14428.
- Anderson, John E., Denise J. Jamieson, Lee Warner, and others. 2012. "Contraceptive Sterilization Among Married Adults: National Data on Who Chooses Vasectomy and Tubal Sterilization." *Contraception*. 85(6): 552-557.
- Angusto E. Semprini, Simona Fiore, Gioigio Pardi. 1997. "Reproductive Counseling for HIV-Discordant Couples." *The Lancet*. 349(9062): 1401-1402.
- Bailey, Martha J. 2006. "More Power to the Pill: The Impact of Contraceptive Freedom on Women's Life Cycle Labor Supply." *The Quarterly Journal of Economics*. 121(1): 289-320.
- Bankole A and Singh S. 1998. Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1): 15-24.
- Barham, Tania. 2009. "Effects of Early Childhood Health and Family Planning Interventions on Adolescent Cognitive Functioning: Evidence from Matlab in Bangladesh." Working Paper.
- Barker, Gary T. 2005. *Dying to Be Men: Youth, Masculinity, and Social Exclusion*. Abingdon: Routledge.
- Barker, Gary, Margaret E. Greene, Eve Goldstein Siegel, and others. 2010. *What Men Have to Do With It: Public Policies to Promote Gender Equality*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Barker, Gary and Peter Pawlak. 2011. "Evolving Men? Men, Families, Gender Equality and Care." In *Men in Families and Family Policy in a Changing World*. New York: The Division for Social Policy and Development of the United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Barker, Gary and Christine Ricardo. 2005. *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implication for HIV/AIDS, Conflict, and Violence*. *Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction*. Paper No. 26.
- Barker, Gary, Christine Ricardo, and Marcos Nascimento. 2007. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*. Geneva: World Health Organization.
- Batini, Nicoletta, Tim Callen, and Warwick McKibbin. 2006. *The Global Impact of Demographic Change*. International Monetary Fund Working Paper. Washington, DC: IMF.
- Behrman, Jere R. and Mark R. Rosenzweig. 2004. "Returns to Birthweight." *The Review of Economics and Statistics*. 86(2): 586-601.
- Bertrand, Jane T. 2011. *USAID Graduation from Family Planning Assistance: Implications for Latin America*. Washington, DC: Population Institute and Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine.
- Bertrand, Jane T., Karen Hardee, Robert J. Magnani, and others. 1995. "Access, Quality of Care and Medical Barriers in Family Planning Programs." *International Family Planning Services*. 21(2): 64-69, 74.
- Bhutta, Zulfiqar A., Tahmeed Ahmed, Robert E. Black, and others. 2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *The Lancet*. 371(9610): 417-440.
- Biddlecom, Ann E., and Bolaji M. Fapohunda. 1998. "Covert Contraceptive Use: Prevalence, Motivations, and Consequences." *Studies in Family Planning*. 29(4): 360-372.

- Biddlecom, Ann E., Richard Gregory, Cynthia B. Lloyd, and Barbara S. Mensch. 2008. "Associations between Premarital Sex and Leaving School in Four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): 337-350.
- Binka, Fred N., Alex Nazzar, and James F. Phillips. 1995. "The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Studies in Family Planning*. 26(3): 121-139.
- Birdsall, Nancy, Allen Kelley, and Stephen Sinding. 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. New York: Oxford University Press.
- Birungi, Harriet, Philomena Nyarko, Ian Askew, and others. 2006. *Priority Setting for Reproductive Health at the District Level in the context of Health Sector Reforms in Ghana*. Washington, DC: Population Council.
- Blanc, Ann K., Amy O. Tsui, Trevor N. Croft, and Jamie L. Trevitt. 2009. "Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons with Adult Women." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(2): 63-71.
- Bloom, David E. and David Canning. 2008. "Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance." *Population and Development Review*. 34:17-51.
- Bloom, David E. and David Canning. 2003. "The Health and Poverty of Nations: from Theory to Practice." *Journal of Human Development*. 4(1): 47-71.
- Bloom, David E. and David Canning. 2000. "The Health and Wealth of Nations." *Science*. 287(5456): 1207-1209.
- Bloom, David E., David Canning, Gunther Fink, and others. 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth*. 14(92): 79-101.
- Bloom, David E., David Canning, and Pia N. Malaney. 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review*. 26(Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 257-290.
- Bloom, David E., David Canning, Jaypee Silva. 2001. "Economic Growth and the Demographic Transition." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 8685.
- Bloom, David E., David Canning, and Jaypee Silva. 2003. "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach." *World Development*. 32(1): 1-13.
- Bongaarts, John. 2010. *The Causes of Educational Difference in Fertility in sub-Saharan Africa*. New York: The Population Council.
- Bongaarts, John. 1987. "Does Family Planning Reduce Infant Mortality Rates?" *Population and Development Review*. 13(2): 323-334.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin, and James F. Phillips. 1990. "The Demographic Impact of Family Planning Programs." *Studies in Family Planning*. 21(6): 299-310.
- Bradley, Sarah E.K., Hilary M. Schwandt, and Shane Khan. 2009. *Levels, Trends, and Reason for Contraceptive Discontinuation. DHS Analytical Studies No. 20*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Braunschweig, Scott and Manuel Carballo. 2001. *Health and Human Rights of Migrants*. Geneva: International Centre for Migration and Health.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning*. 21 (2): 61-91.
- Bruce, Judith, and Shelley Clark. 2003. *Including Married Adolescents in Adolescent Reproductive Health and HIV/AIDS Policy*. Paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents, WHO, Geneva, 9-12 December 2003.
- Bunce, Arwen, Greg Guest, Hannah Searing, and others. 2007. "Factors Affecting Vasectomy Acceptability in Tanzania." *International Family Planning Perspectives*. 33 (1):13-21.
- Canning, David, Jocelyn E. Finlay, and Emre Ozaltin. 2009. *Adolescent Girls Health Agenda: Study on Intergenerational Health Impacts*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Caro, Deborah, for the Interagency Gender Working Group. 2009. *A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd Edition)*. Washington, DC: Population Reference Bureau
- Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 2009. Surveillance Summaries. MMWR 2010; 59 (No. SS-5).
- Center for Reproductive Law and Policy. 1998. *Silence and Complicity: Violence Against Women in Peruvian Public Health Facilities*. New York: CRLP.
- Center for Reproductive Rights. 2009. *Reproductive Rights are Human Rights*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2010. "Facts on Abortion in the Philippines: Criminalization and a General Ban on Abortion." New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2011. *Calculated Injustice—The Slovak Republic's Failure to Ensure Access to Contraceptives*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2011a. *The CEDAW Committee Urges States to Protect and Promote Sexual and Reproductive Rights*. July 2011. Available from: <http://reproductiverights.org/en/feature/the-cedaw-committee-urges-states-to-protect-and-promote-sexual-and-reproductive-rights> (Accessed 30 August 2012).
- Center for Reproductive Rights. 2008. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2012. "Over 700,000 Petitioners Demand Honduran Congress Reject Law Criminalizing Emergency Contraception." Press Release. 16 May 2012.
- Center for Reproductive Rights and United Nations Population Fund. 2010. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. New York: CRR.
- Chaudhuri, Anoshua. 2005. "Direct and Indirect Effects of a Maternal and Child Health Program in Rural Bangladesh." *Journal of Developing Societies*. 21(1-2): 143-173.

- Chaudhuri, Anoshua. 2009. "Spillover Impacts of a Reproductive Health Program on Elderly Women in Rural Bangladesh." *Journal of Family and Economic Issues*. 30(2): 113-125.
- Chowdhury, M.E., R. Botlero, M. Koblinsky, and others. 2007. "Determinants of Reduction in Maternal Mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year march." *The Lancet*. 370(9595): 1320-1328.
- Chun, Hyunbae and Jeungil Oh. 2002. "An Instrumental Variable Estimate of the Effect of Fertility on the Labour Force Participation of Married Women." *Applied Economics Letters*. 9(10): 631-634.
- Clark, Shelley, Judith Bruce, and Annie Dude. 2006. "Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage." *International Family Planning Perspectives*. 32(2): 79-88.
- Cleland, John, Mohamed M. Ali, and Iqbal Shah. 2006. "Trends in Protective Behavior Among Single Versus Married Young Women in sub-Saharan Africa." *Reproductive Health Matters*. 14(28): 17-22.
- Cleland, John, Agustin Conde-Agudelo, Herbert Peterson, and Others. 2012. "Contraception and Health." *The Lancet*. 380(9837): 149-156.
- Cleland, Kelly, Jeffrey F. Peipert, Carolyn Westoff, and others. 2011. "Family Planning as a Cost-Saving Preventive Health Service." *The New England Journal of Medicine*. 364(18):e37.
- Coale, Ansley J. and Edgar M. Hoover. 1958. *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Cohen, Susan A. 2011. "The World at Seven Billion: Global Milestone A Reflection of Individual Needs." *Guttmacher Policy Review*. 14(3): 2-5.
- Conde-Agudelo, A., A. Rosas-Bermudez, A.C. Kafury-Goeta. 2007. "Effects of Birth Spacing on Maternal Health: A Systematic Review." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 196(4): 297-308.
- Connell, Robert W. 1987. *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Connell, Robert W. 1994. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Connell, Robert W. 1998. "Masculinities and Globalization." *Men and Masculinities*. 1(1): 3-23.
- "Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)." UN News Center. UN. Web. 30 May. 2012. Accessible at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
- Cooper, Diane, Hillary Bracken, Landon Myer, and others. 2005. *Reproductive Intentions and Choices among HIV-infected individuals in Cape Town, South Africa: Lessons for Reproductive Policy and Service Provision from a qualitative Study (Policy Brief)*. New York: Population Council.
- Cooper, D., J. Harries, L. Myer, and others. 2007. "Life is Still Going on": Reproductive Intentions Among HIV-Positive Women and Men in South Africa." *Social Science Medicine*. 65(2): 274-283.
- Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia T-841/2011*. 10 May 2012. Available from: http://www.promsex.org/docs/varios/Sentencia_T-841_de_2011.pdf (Accessed 30 August 2012).
- Cottingham, Jane, Adrienne Germain, and Paul Hunt. 2012. "Use of Human Rights to Meet the Unmet Need for Family Planning." *The Lancet* 380 (9837): 172-180.
- Craft, Shonda M., Robin O. Delaney, Dianne T. Bautista, and others. 2007. "Pregnancy Decisions among Women with HIV." *AIDS and Behavior*. 11(6): 927-935.
- Creanga, Andreea A., Duff Gillespie, Sabrina Karklins, and Amy O. Tsui. 2011. "Low Use of Contraception Among Poor Women in Africa: An Equity Issue." *Bulletin of the World Health Organization*. 89(4): 241-316.
- Creel, Liz C., Justine C. Sass, and Nancy V. Yinger. 2002. *Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality*. Washington, DC: Population Council and Population Reference Bureau.
- Darroch, Jacqueline. 2007. *Family Planning: Overview of Epidemiologic and Medical Events*. In: JW Ward and C Warren, eds., *Silent Victories: The History and Practice of Public Health in Twentieth Century America*. New York: Oxford University Press. pp. 253-278.
- Darroch, Jacqueline E., Gilda Sedgh, and Haley Ball. 2011. *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*. New York: The Guttmacher Institute.
- Dixon-Mueller, Ruth. 2008. "How Young is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): 247-262.
- Doepke, Matthias and Michele Tertilt. 2009. "Women's Liberation: What's in It for Men?" *The Quarterly Journal of Economics*. 11(92): 379-420.
- Donohue, John J. and Steven D. Levitt. 2001. "The Impact of Legalized Abortion on Crime." *The Quarterly Journal of Economics*. 116(2): 379-420.
- Eaton, Danice K., Laura Kann, Steve Kinchen, and others. 2012. "Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2011." *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*. 61(4): 1-164.
- The Economist. 2001. "Righting Wrongs—Human Rights." New York: The Economist.
- EngenderHealth. 2002. *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*. New York: EngenderHealth.
- EnGendeRights. 2009. *Advancing reproductive rights using the inquiry procedure of the OP CEDAW and the UN special procedures: the Philippine experience*. Manila: EnGendeRights, Inc.
- Erfani, Amir. 2010. *The Use of Withdrawal among Birth Limiters in Iran and Turkey*. *DHS Working Papers No. 71*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Erulkar, Annabel S. and Eunice Muthengi. 2007. *Evaluation of Berhane Hewan: A Pilot Program to Promote Education and Delay Marriage in Rural Ethiopia*. New York: Population Council.

- European Commission. 2008. *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Brussels: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Ezeh, Alex C., Ivy Kodzi, Jacques Emina. 2010. "Reaching the Urban Poor with Family Planning Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 109-116.
- Ezzati, Majid, AD Lopez, A Rodgers, S Vander Hoorn, CJ Murray and Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2002. "Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease." *Lancet* Nov 2; 360(9343): 1347-60. *Lancet*. 2002 Nov 2;360(9343): 1347-60.
- Fahimi-Roudi, Farzaneh, Ahmed Abdul Monem, Lori Ashford, and Maha El-Adawy. 2012. *Women's Need for Family Planning in Arab Countries*. Cairo: UNFPA Arab States Regional Office and the Pan Arab Project for Family Health. Washington DC: Population Reference Bureau.
- Feldman, R. and C. Maposhere. 2003. "Safer Sex and Reproductive Choice: Findings from "Positive Women: Voices and Choices" in Zimbabwe." *Reproductive Health Matters*. 11(22): 162-173.
- Finer, Lawrence B. and Stanley K. Henshaw. 2006. "Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 38(2): 90-96.
- Fletcher, Jason M. and Barbara L. Wolfe. 2008. "Education and Labor Market Consequences of Teenage Childbearing." *The Journal of Human Resources*. 44(2): 303-325.
- Flood, Michael. 2007. "Involving Men in Gender Policy and Practice." *Critical Half*. 5(1): 9-13.
- Foreit, Karen G. 2012. *Addressing Poverty: A Guide for Considering Poverty-Related and Other Inequities in Health*. Washington, DC: USAID and MEASURE Evaluation.
- Foreit, Karen, M. Karra, and T. Pandit-Rajani. 2010. *Disentangling the Effects of Poverty and Place of Residence for Strategic Planning*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch. 2008. "Factors Associated with Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40(2): 94-104.
- Galston, William A. and Melissa Rogers. 2012. *Health Care Providers' Consciences and Patients' Needs: The Quest for Balance*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Glazier, Anna. 2010. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception*. 82 (5): 453-456.
- Glazier, Anna, A. Metin Gulmezoglu, George P. Schmid, and others. "Sexual and Reproductive Health." *The Lancet*. 368(9547): 1595-1607.
- Godha, Deepali, David Hotchkiss, and Anastasia Gage. 2011. *The Influence of Child Marriage on Fertility, Fertility-Control, and Maternal Health Care Utilization: A Multi-country Study from South Asia*. MEASURE Evaluation PRH Working Paper Series. Tulane: Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine.
- Granich, Reuben, James G. Kahn, Rod Bennett, and others. 2012. "Expanding ART for Treatment and Prevention of HIV in South Africa: Estimated Cost and Cost-Effectiveness 2011-2050." *PLoS ONE*. 7(2): e30216.
- Grant, Monica and Kelly Hallman. 2006. *Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa*. New York: Population Council.
- Greene, Margaret E. and Alison M. Gold. N.d. "Gender and Sterilization in International Reproductive Health Programs." Unpublished manuscript.
- Greene, Margaret E., and Andrew LeVack. 2010. *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, DC: Population Reference Bureau for the Interagency Gender Working Group of USAID.
- Greene, Margaret E., Manisha Mehta, Julie Pulerwitz, and others. N.d. *Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development*. New York: United Nations Millennium Project.
- Greene, Margaret E. and Thomas W. Merrick. n.d. "Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Developing Countries: Challenges and Support for Girls (Draft)." Washington, DC: World Bank.
- Greene, Margaret E, Omar J Robles, and Krista Stout. 2012. *A Girl's Right to Learn Without Fear: Working to End Gender-Based Violence at School*. Toronto: Plan Canada.
- Greene, Margaret E. and Thomas W. Merrick. 2005. *Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter?* In *HNP Discussion Paper Series*. Washington, DC: The World Bank.
- Greene, Margaret E., Zohra Rasekh, and Kali-Ahset Amen. 2002. *In this Generation: Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World*. Washington, DC: Population Action International.
- Grover S.R. 2002. "Menstrual and Contraceptive Management in Women with an Intellectual Disability." *The Medical Journal of Australia*. 176(3): 108-110.
- Guatemala Ministry of Public Health and Social Assistance. 2003. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil* (National Maternal and Child Health Survey). Guatemala City: MSPAS.a
- The Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Guttmacher Institute.
- The Guttmacher Institute. 2012. "Are you in the know?" New York: Guttmacher Insitute. Website: <http://www.guttmacher.org/in-the-know/contraceptive-use.html>. Accessed 25 July 2012.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010. *Facts on Satisfying the Need for Contraception in Developing Countries*. New York and London: The Guttmacher Institute and IPPF. Accessible at: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Unmet-Need-Intl.pdf>.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010a. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.

- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, and others. 2007. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population Within Developing Countries: An Overview. Country Reports on Health, Nutrition, and Population and Poverty*. Washington, DC: World Bank.
- Gwatkin, Davidson R., Adam Wagstaff, Abdo S. Yazbeck. 2005. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development and The World Bank.
- Haberland, Nicole and Diana Measham. 2002. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.
- Hamilton, Brady E., and Stephanie J. Ventura. 2012. *Birth Rates for U.S. Teenagers Reach Historic Lows for All Age and Ethnic Groups*. NCHS Data Brief, No. 89. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hardon, Anita. 2001. *Monitoring Family Planning and Reproductive Rights*. New York: Zed Books.
- Harper, Michael J.K. 2005. "In Search of a Second Contraceptive Revolution." *Sexuality, Reproduction, and Menopause*. 3(2): 59-67.
- Haupt, A., T.T. Kane, and C. Haub. 2011. *PRB's Population Handbook. A Quick Guide to Population Dynamics for Journalists, Policymakers, Teachers, Students, and other People Interested in Demographics*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Health Policy Initiative, Task Order 1. 2010. "Quantify Inequalities in Access to Health Services and Health Status." Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Hervish, Alexandra Charlotte Feldman-Jacobs. 2011. *Who Speaks for Me?: Ending Child Marriage*. Policy Brief. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Higgins JA and HS Hirsch JS. 2008. "Pleasure and power: incorporating sexuality, agency, and inequality into research on contraceptive use and unintended pregnancy." *American Journal of Public Health*. 98(10): 1803-1813.
- Higgins, Jenny A. and Jennifer S. Hirsch. 2007. "The Pleasure Deficit: Revisiting the "Sexuality Connection" in Reproductive Health." *International Family Planning Perspectives*. 33(3): 133-139.
- Higgins, Matthew and Jeffrey G. Williamson. 1997. "Age Structure Dynamics in Asia and Dependence on Foreign Capital." *Population and Development Review*. 23(2):261-293.
- Higgins, Matthew and Jeffrey G. Williamson. 1996. "Asian Demography and Foreign Capital Dependence." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 5560.
- Hirsch, Jennifer S. 2008. "Catholics Using Contraceptives: Religion, Family Planning, and Interpretive Agency in Rural Mexico." *Studies in Family Planning*. 39(2): 93-104.
- Hirsch, Jennifer S. and Nathanson, Constance A. 2001. "Some Traditional Methods are More Modern than Others: Rhythm, Withdrawal and the Changing Meanings of Sexual Intimacy in Mexican Companionate Marriage." *Culture, Health, and Sexuality*. 3 (4): 413-428.
- Hobcraft, J. 1991. *Child Spacing and Child Mortality*. Columbia, MD: Macro International, Inc.
- Human Rights Watch. 2004. "Testimonies from "Unprotected: Sex, Condoms, and the Human Right to Health in the Philippines." Accessible at: <http://www.hrw.org/news/2004/05/04/testimonies-unprotected-sex-condoms-and-human-right-health-philippines>.
- Human Rights Watch. 2011. "Landmark UN Vote on Sexual Orientation." Available at <http://www.hrw.org/news/2011/06/17/landmark-un-vote-sexual-orientation>. (Accessed 30 August 2012).
- Hunt, Paul and Judith Bueno de Mesquita. 2007. *The Rights to Sexual and Reproductive Health*. Essex: University of Essex Human Rights Centre.
- ICF Macro and Uganda Bureau of Statistics. 2007. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- ICF Macro and Uganda Bureau of Statistics. 2012. *Uganda Demographic and Health Survey 2011*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- International Center for Research on Women and Promundo. 2011. *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey*. Washington, DC: ICRW and Promundo.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2012. "What is Emergency Contraception?" New York: ICEC. Accessible at: <http://www.cecinfo.org/what/index.htm>. Accessed 25 June 2012.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. 2009. *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. London: International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- International Planned Parenthood Federation, European Network. 2006. *Sexuality Education in Europe: a Reference Guide to Policies and Practices*. Brussels: The SAFE Project: A European partnership to promote the sexual and reproductive health and rights of young people.
- International Planned Parenthood Federation. 2005. *Fulfilling Fatherhood: Experiences from HIV-Positive Fathers*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 1996. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF.
- Jaccard, James; Blanton, Hart; Dodge, Tonya (2005). *Developmental Psychology*, Vol. 41(1). 135-147.
- Janowitz, Barbara and John H. Bratt. 1994. *Methods for Costing Family Planning Services*. New York: United Nations Population Fund and Family Health International.
- Jayachandran, Seema, and Adriana Lleras-Muney. 2009. "Life Expectancy and Human Capital Investments: Evidence from Maternal Mortality Declines." *The Quarterly Journal of Economics*. 124(1): 349-397.
- Jewkes, R. and H. Rees. 2005. "Dramatic Decline in Abortion Mortality Due to the Choice on Termination of Pregnancy Act." *South African Medical Journal*. 95(4): 250.

- Jones, Louisa, Paula Akugizibwe, Michaela Clayton, and others. 2011. "Costing Human Rights and Community Support Interventions as a Part of Universal Access to HIV Treatment and Care in a Southern African Setting." *Current HIV Research*. 9(6):416-428.
- Jones, Rachel K. and Joerg Dreweke. 2011. *Countering Conventional Wisdom: New Evidence on Religion and Contraceptive Use*. New York: Guttmacher Institute.
- Joshi, Shareen, T. Paul Schultz. 2007. *Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh*. New Haven, CT: Yale University.
- Kabeer, Naila. 2000. *Bangladeshi Women and Labour Market Decisions in London and Dhaka*. London: Verso.
- Kabeer, Naila. 1997. "Women, Wages, and Intra-Household Power Relations in Urban Bangladesh." *Development and Change*. 28(2):261-302.
- Kamphausen, W. 2000. *Health Status of Minority Women Living in Europe*. Report of a meeting in Gothenburg, Sweden, November 2000. Brussels: European Commission.
- Karki, Yagya B. and Radha Krishna. 2008. *Factors Responsible for the Rapid Decline of Fertility in Nepal—An Interpretation: Further Analysis of the 2006 Nepal Demographic and Health Survey*. Calverton, Maryland: Macro International.
- Ketting, Evert and Visser, Adriaan P. 1994. "Contraception in the Netherlands: The Low Abortion Rate Explained." *Patient Education and Counseling*. 23 (3): 161-171.
- Kim, Young Mi, Caroline Marangwanda, and Adrienne Kols. 1996. *Involving Men in Family Planning: The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993-1994*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs.
- Kimmel, Michael S. 2000. *The Gendered Society*. New York: Oxford University Press.
- Kinsman, John; Nyanzi, Stella; Pool, Robert (2000). Socializing Influences and the Value of Sex: The Experience of Adolescent School Girls in Rural Masaka, Uganda *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 2, No. 2 (Apr. - Jun., 2000): 151-166.
- Kirby, Douglas. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. 5(3): 18-27.
- Koenig, Michael A., Mian Bazle Hossain, and Maxine Whittaker. 1997. "The Influence of Quality of Care upon Contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 28 (4): 278-289.
- Korenman, Sanders, Robert Kaestner and Ted Joyce. 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement In Pregnancy Intention." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* Volume 34, Number 4, July/August.
- Kruger, Diana, Matias Berthelon, and Rodrigo Navia. 2009. *Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile*. IZA Discussion Paper Series Paper No. 4552.
- Kulczycki, Andrzej. 2011. "Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments." *Studies in Family Planning*. 42(3): 199-220.
- Lam, David, Leticia Marteleto, and Vimal Ranchhod. 2009. *Schooling and Sexual Behavior in South Africa: The Role of Peer Effects*. Presentation to the XXVI IUSSP International Population Conference, Marrakech, Morocco, September 2009.
- Landry, Evelyn, and Victoria Ward. 1997. "Perspectives from Couples on the Vasectomy Decision." *Reproductive Health Matters*. London: Reproductive Health Matters.
- Leathers, Sonya J. and Michele A. Kelley. 2000. "Unintended Pregnancy and Depressive Symptoms Among First-Time Mothers and Fathers." *American Journal of Orthopsychiatry*. 70(4): 523-531.
- Lee, Ronald. 2003. "The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change." *Journal of Economic Perspectives*. 17(4): 167-190.
- Lee, Ronald and Andrew Mason. 2006. "What is the Demographic Dividend?" *Finance and Development*. 43(3): 16.
- Lee, Ronald, Andrew Mason, and Timothy Miller. 2000. "Life Cycle and the Demographic Transition: The Case of Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 194-219.
- Lee, Ronald, Andrew Mason, and Timothy Miller. 1997. *Saving, Wealth, and the Demographic Transition in East Asia*. Honolulu: East-West Center.
- Levine, Ruth, The What Works Working Group, with Molly Kinder. 2004. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Levine, Ruth, Cynthia B. Lloyd, Margaret Greene, and others. 2008. *Girls Count: A Global Investment and Action Agenda*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Lewis, Maureen, and Marlane Lockheed. 2007. *Inexcusable Absence: Why 60 Million Girls Aren't in School and What to Do About It*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Lin, Yim Yuet. 2007. "Working from a Rights-Based Approach to Health Service Delivery to Sex Workers." *Exchange*. Accessible at: http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1277.
- Lloyd, Cynthia B., ed. 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Lloyd, Cynthia B. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls—A Girls Count Report on Educating Adolescent Girls*. New York: The Population Council.
- Lloyd, Cynthia B. 2007. *The Role of Schools in Promoting Sexual and Reproductive Health Among Adolescents in Developing Countries*. Poverty, Gender, and Youth Working Paper No. 6. New York: Population Council.

- Lloyd, Cynthia B. and Barbara S. Mensch. 2008. Marriage and childbirth as factors in dropping out from school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa. *Population Studies* Mar; 62(1):1-13.
- Loaiza, Edilberto, and Sarah Blake. 2010. *How Universal is Access to Reproductive Health?: A Review of the Evidence*. New York: United Nations Population Fund.
- Lyerly, Anne Drapkin and Jean Anderson. 2001. "Human Immunodeficiency Virus and Assisted Reproduction: Reconsidering Evidence, Reframing Ethics." *Fertility and Sterility*. 75(5): 843-858.
- Maart, S and J Jelsma. 2010. "The Sexual Behaviour of Physically Disabled Adolescents." *Disability and Rehabilitation*. 32(6):438-443.
- Maine, Deborah, Murat Z. Akalin, Jyotsnamoy Chakraborty, and others. 1996. "Why did Maternal Mortality Decline in Matlab." *Studies in Family Planning*. 27(4): 179-187.
- Malhotra, Anju, Ann Warner, Aliison McGonagle, and others. 2011. *Solutions to End Child Marriage: What the Evidence Shows*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Mason, Andrew and Sang-Hyop Lee. 2004. *The Demographic Dividend and Poverty Reduction*. Presentation to Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals New York NY, November 17-19, 2004. Honolulu: East-West Center.
- Marsiglio, William. 1988. "Adolescent Male Sexuality and Heterosexual Masculinity: A Conceptual Model and Review." *Journal of Adolescent Research*. 3 (3-4): 285-303.
- McCleary-Sills, Jennifer, Allison McGonagle, and Anju Malhotra. 2012. *Women's Demand for Reproductive Control: Understanding and Addressing Gender Barriers*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- McLanahan, Sara and Gary Sandefur. 1994. *Growing Up With a Single Parent: What Hurts, What Helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McQueston, Kate, Rachel Silverman, and Amanda Glassman. 2012. *Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions*. Working Paper 295. Washington, DC: Center for Global Development.
- Meekers, Dominique. 1994. "Sexual Initiation and Premarital Childbearing in Sub-Saharan Africa." *Population Studies*. 48 (1): 47-67.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce, Margaret E. Greene. 1999. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: Population Council.
- Mensch, Barbara S., Monica J. Grant, and Ann K. Blanc. 2005. *The Changing Context of Sexual Initiation in Sub-Saharan Africa*. New York: Population Council.
- Mgbako, Chi, Meghan Gabriel, Laura Garr, and others. 2008. *Rights-Based Sex Worker Empowerment Guidelines: An Alternative HIV/AIDS Intervention Approach to the 100% Condom Use Programme*. Maharashtra: Center for Advocacy on Stigma and Marginalization.
- Michau, Lori, Dipak Naker and Zahara Swalehe. 2002. "Mobilizing Communities to End Violence Against Women in Tanzania." In *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland and Diana Measham, eds. New York: Population Council.
- Miguel, Edward and Michael Kremer. 2004. "Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities." *Econometrica*. 72(1): 159-217.
- Miller, Grant. 2009. "Contraception as Development? New Evidence from Family Planning in Colombia." *The Economic Journal*. 120(545):709-736.
- Miller, S., F. Lester, M. Webster, B. Cowan. "Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy." *Journal of Midwifery and Women's Health*. 50(4): 286-294.
- "Monitoring MDG Target 5B". MDG5 at 10. Commonwealth Medical Trust, 01 January 2010. Web. 10 July. 2012. http://mdg5at10.org/index.php?option=com_content&view=category&id=3:mdg-target-5b&layout=blog&Itemid=4.
- Montgomery, Mark R. 1996. "Comments on Men, Women, and Unintended Pregnancy." *Population and Development Review*. 22 (Supplement: Fertility in the United States: New Patterns, New Theories): 100-106.
- Mora G., C. Betts, J. Gay, and others. 1993. *Quality of Care in Women's Reproductive Health: A Framework for Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Muhuri, Pradip K. 1996. "Estimating Seasonality Effects on Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Demography*. 33(1): 98-110.
- Muhuri, Pradip K. 1995. "Health Programs, Maternal Education, and Differential Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 21(4): 813-834.
- Muhuri, Pradip K. and Samuel H. Preston. 1991. "Effects of Family Composition on Mortality Differentials by Sex Among Children in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 17(3): 415-434.
- Murthy, Nirmala, Lakshmi Ramachandar, Pertti Pelto and Akhila Vasan. 2002. "Dismantling India's Contraceptive Target System: An Overview and Three Case Studies." In *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland and Diana Measham, eds. New York: Population Council.
- "Namibia: Women Take Legal Action Over Alleged Sterilisations." *Irin Plus News*. 25 June 2009. Accessible at: <http://www.irinnews.org/Report/85012/NAMIBIA-Women-take-legal-action-over-alleged-sterilisations>.
- National Research Council and Institute of Medicine, panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries, Cynthia B. Lloyd (ed.). 2005. *Growing up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academies Press.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 3 June 2012.

- Oosterhoff, P., NT Anh, NT, Hanh, and others. 2008. "Holding the Line: Family Responses to Pregnancy and the Desire for a Child in the Context of HIV in Vietnam." *Culture, Health, and Sexuality*. 10(4): 403-416.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development. 2011. *Doing Better for Families*. Presentation to OECD Ministerial Meeting on Social Policy Paris, May 2-3, 2011. Paris: OECD.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development. 2010. "Marriage and Divorce Rates." OECD Family Database. Paris: OECD, Social Policy Division-Directorate of Employment, Labour, and Social Affairs. Accessible at: <http://www.oecd.org/els/familiesandchildren/40321815.pdf>.
- Ortayli, Nuriye, and Shawn Malarcher. 2010. "Equity Analysis: Identifying Who Benefits from Family Planning Programs". *Studies in Family Planning*. 41(2): 101-108.
- Ortega, José Antonio. 2012. "A Characterization of World Union Patterns at the National and Regional Level." Paper presented at the International Union for the Scientific Study of Population seminar on First Union Patterns around the World, Madrid, Spain, 20-22 June.
- PATH. 2012. "Sharing Experiences and Changing Lives—Communication Influences Informed Choice for Nepali Women." Seattle: PATH. Website: http://www.path.org/projects/safe_abortion_nepal.php. Accessed 14 July 2012.
- Patton, George C., Carolyn Coffey, Susan M. Sawyer, and others. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374(9693): 881-892.
- Pence, Brian, Philomena Nyarko, Cornelius Debpuur, and others. 2001. *The Impact of the Navrongo Community Health and Family Planning Project on Child Mortality, 1993-2000*.
- Pence, Brian W., Philomena Nyarko, and James F. Phillips. 2007. "The Effect of Community Nurses and Health Volunteers on Child Mortality: The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Scandinavian Journal of Public Health*. 35(6): 599-608.
- Penteado, Luis Guilherme, Francisco Cabral, Margarita Diaz, and others. 2001. "Organizing a Public-sector Vasectomy Program in Brazil." *Studies in Family Planning*. 32(4):315-328.
- Perper K, Peterson K, Manlove J. 2010. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication #2010-01: Washington, DC: *Child Trends*.
- Phillips, James F., Ayaga A. Bawah, and Fred N. Binka. 2006. "Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: the Navrongo Experiment in Ghana." *Bulletin of the World Health Organization*. 84: 949-955.
- Phillips, James F., Ruth Simmons, Michael A. Koenig, and others. 1988. "Determinants of Reproductive Change in a Traditional Society: Evidence from Matlab, Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 19(6): 313-334.
- Philpott, Anne, Wendy Knerr and Dermot Maher. 2006. "Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy." *The Lancet*. 368(9551): 2028-2031.
- Planned Parenthood Federation of America. 2012. "Fertility Awareness-Based Methods." New York: Planned Parenthood Federation of America. Website: <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/birth-control/fertility-awareness-4217.htm>. Accessed 25 July 2012.
- Population Action International. 2003. *Emergency Contraception and the Global Gag Rule: An Unofficial Guide*. New York: Population Action International.
- Population Council. 2007. "Financial Sustainability of Reproductive Health Services." *Frontiers in Reproductive Health (Legacy Series)*. Washington, DC: Population Council.
- Population Reference Bureau. 2011. *2011 World Population Datasheet*. Washington, DC: PRB.
- Population Reference Bureau. 2011. *Population Bulletin: The World at 7 Billion*. Washington, DC: PRB.
- Pradhan Ajit, Subedi Bal Krishna, Barnett Sarah, Sharma Sharad Kumar, Puri Mahesh, Poudel Pradeep, Rai Shovana, KC Naresh Pratap, Hulton Louise. 2010. Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009. Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of health and Population, Government of Nepal: Kathmandu, Nepal.
- Pulerwitz, Julie, and Gary Barker. 2006. "Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy." *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council.
- Pulerwitz, Julie and Gary Barker. 2008. "Measuring Attitudes toward Gender Norms among Young Men in Brazil." *Men and Masculinities*. 10(3): 322-338.
- Raj, Anita, Niranjana Saggurti, Donta Balaiah, and others. 2009. "Prevalence of Child Marriage and its Effect on Fertility and Fertility-Control Outcomes of Young Women in India: A Cross-Sectional, Observational Study." *The Lancet*. 373(9678):1883-1889.
- Ravindran, TK Sundari. 1995. *A Study of User Perspectives on the Diaphragm in an Urban Indian Setting*. New York: Population Council.
- Reher, David S. 2011. "Economic and Social Implications of the Demographic Transition." *Population and Development Review*. 37 (Supplement s1): 11-33.
- Reprohealthlaw. 2012. *Colombia: Constitutional Court Upholds Abortion Rights*, 23 Feb 2012. Available from: <http://reprohealthlaw.wordpress.com>. (Accessed 30 August 2012).
- Ringheim, Karin. 2007. "Ethical and Human Rights Perspectives on Providers' Obligation to Ensure Adolescents' Rights to Privacy." *Ethical Issues in Reproductive Health*. 38(4): 245-252.
- Rogow, Deborah. 1995. "Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research." *Studies in Family Planning*. 26(3): 140-153.
- Rohleder P., SH Braathen, LSwartz, AH Eide. 2009. "HIV/AIDS and Disability in Southern Africa: A Review of Relevant Literature." *Disability and Rehabilitation*. 31(1): 51-59.

- Ronsmans, Carine and Myriam Khat. 1999. "Adolescence and Risk of Violent Death during Pregnancy in Matlab, Bangladesh." *The Lancet*. 354(9188): 1448.
- Rosenzweig, Mark R. and T. Paul Schultz. 1982. "Child Mortality and Fertility in Colombia: Individual and Community Effects." *Health Policy and Education*. 2(3-4):305-348.
- Rosenzweig, Mark R. and Kenneth I. Wolpin. 1986. "Evaluating the Effects of Optimally Distributed Public Programs: Child Health and Family Planning Interventions." *The American Economic Review*. 76(3):470-482.
- Ross, John, Eva Weissman, and John Stover. 2009. *Contraceptive Projections and the Donor Gap: Meeting the Challenge*. Washington, DC: Reproductive Health Supplies Coalition.
- Rottach, Elisabeth, Sidney Schuler, and Karen Hardee. 2009. *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Rutenberg, Naomi, Duff Gillespie, Elizabeth Flanagan, and others. 2006. *HIV Status, Fertility Intentions, and the Demand for Contraception: Assessing the Current Research to Improve the Integration of Reproductive Health and HIV Programs*. Presentation to Population Association of America Meetings Los Angeles CA, March 30, 2006. Princeton: Princeton University.
- Rutstein, Shea. 2000. "Effects of Birth Intervals on Mortality and Health: Multivariate Cross-Country Analyses." Power Point Presentation. Washington DC: United States Agency for International Development.
- Rutstein, Shea. 2005. "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-five years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 89: S7-S24.
- Sanogo, Diouratie, Saumya RamaRao, Heidi Jones, Penda N'diaye, Bineta M'bow, and Cheikh Bamba Diop. 2003. "Improving Quality of Care and Use of Contraceptives in Senegal." *African Journal of Reproductive Health*. 7 (2): 57-73.
- Schalet, Amy. 2004. "Must We Fear Adolescent Sexuality?" *MedGenMed*. 6(4):44.
- Schalet, Amy. 2010. "Sexual Subjectivity Revisited: The Significance of Relationships in Dutch and American Girls' Experiences of Sexuality." *Gender and Society*. 24(3):304-329.
- Scheer, Jessica, Thilo Kroll, Melinda T. Neri, Phillip Beatty. 2003. "Access Barriers for Persons with Disabilities: The Consumer's Perspective." *Journal of Disability Policy Studies*. 14(4):221-230.
- Schmidt, Brita. 1998. "Forced Sterilization in Peru." *Political Environments*. 6. Accessible at: <http://cwpe.org/node/49>.
- Schultz, Paul T. 2009. "The Gender and Intergenerational Consequences of the Demographic Dividend: An Assessment of the Micro- and Macrolinkages between the Demographic Transition and Economic Development." *The World Bank Economic Review*. 23(3): 427-442.
- Schultz, Paul T. 2008. "Health Disabilities and Labor Productivity in Russia in 2004: Health Consequences beyond Premature Death." In *Economic Implications of Chronic Illness and Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union*, edited by C. Mete. Washington, DC: The World Bank.
- Schultz, Paul T. 2010. "Health Human Capital and Economic Development." *Journal of African Economies*. 19(3): iii12-iii80.
- Schultz, Paul T. 2009a. *How Does Family Planning Promote Development? Evidence from a Social Experiment in Matlab, Bangladesh, 1977-1996*. Presentation to Population Association of America meetings Detroit MI, April 20, 2009. New Haven: Yale University.
- Schultz, Paul T. 2003. "Human Capital, Schooling and Health." *Economics and Human Biology*. 1(2):207-221.
- Schultz, Paul T. 1997. "Wage and Labor Supply Effects of Illness in Cote d'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled." *Journal of Development Economics*. 53(2): 251-286.
- Sedgh, Gilda, Susheela Singh, and Iqbal H. Shah. 2012. "Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008." *The Lancet*. 379(9816): 625-632.
- Seneviratne, H.R. and L.C. Rajapaksa. 2000. "Safe Motherhood in Sri Lanka: a 100 year march." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 70(1): 113-124.
- Servais, L. 2006. "Sexual Health Care in Persons with Intellectual Disabilities." *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 12(1): 48-56.
- Shah, Iqbal and Elisabeth Ahman. 2010. "Unsafe Abortion in 2008: Global and Regional Levels and Trends." *Reproductive Health Matters*. 18(36): 90-101.
- Sharma, Sudha. 2003. "Legalization of Abortion in Nepal: The Way Forward." *Kathmandu University Medical Journal*. 2(3): 177-178.
- Shih, Grace, David Turok, and Willie Parker. 2011. "Vasectomy: the Other (Better) Form of Sterilization." *Contraception*. 83(4): 310-315.
- Silva, Erika and Ricardo Batista. 2010. *Bolivian Maternal and Child Health Policies: Successes and Failures (Policy Paper)*. Ottawa, ON: FOCAL (Canadian Foundation for the Americas).
- Simmons, Ruth. 1996. "Women's Lives in Transition: A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 27(5):251-268.
- Sinding, Steven W. 2009. "Population, Poverty, and Economic Development." *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 364(1532): 3023-3030.
- Singh, Susheela. 2006. "Hospital Admissions Resulting from Unsafe Abortion: Estimates from 13 Developing Countries." *The Lancet*. 368(9550):1887-92.
- Singh, Susheela and others. 2009. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher Institute and UNFPA.
- Singh, Susheela and Jacqueline E. Darroch. 2012. *Adding it Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services-Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.

- Singh, Susheela, Gilda Sedgh, and Rubina Hussain. 2010. "Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes." *Studies in Family Planning*. 41(4): 241-250.
- Sinha, Nistha. 2003. "Fertility, Child Work and Schooling Consequences of Family Planning Programs: Evidence from an Experiment in Rural Bangladesh." *Economic Development and Cultural Change*. 54(1): 97-128.
- Sonenstein, Freya L. (ed). *Young Men's Sexual and Reproductive Health: Toward a National Strategy-Framework and Recommendations*. Washington, DC: Urban Institute.
- Statement by Dr. Kisamba Mugerwa, Chairperson of the National Planning Authority at the 45th Session of the Commission on Population and Development on Agenda Item 4 "Adolescents and Youth". Accessible at: http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/Agenda%20item%204/Country%20statements/Uganda_Item4.pdf.
- Steward N.R., G. Farkas, and J.B. Bingenheimer. 2009. "Detailed Educational Pathways Among Females After Very Early Sexual Intercourse." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 41(4):244-252.
- Suvedi, Bal Krishna, Ajit Pradhan, Sarah Barnett, and others. 2009. *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings*. Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, Government of Nepal.
- Swann C., K. Bowe, G. McCormick, M. Kosmin. 2003. *Teenage Pregnancy and Parenthood: A Review of Reviews*. London: Health Development Agency.
- Taylor, Joan. 2008. *Revitalizing Underutilized Family Planning Methods Using Communication and Community Engagement to Stimulate Demand for the IUD in Uganda*. New York: The ACQUIRE Project and Engender Health.
- Tanzania Commission for AIDS. 2009. *The Forgotten: HIV and Disability in Tanzania*. Dar es Salaam, Tanzania: Tanzania Commission for AIDS. Available from: <http://www.gtz.de/de/dokumente/gtz2009-en-hiv-and-disability-tanzania.pdf> (accessed 14 June 2012).
- Tensou, Biruk, and Michelle J. Hindin. 2010. *Covert Contraceptive Use and Discordant Fertility Preferences among Ethiopian Couples*. Presentation to Population Association of America Dallas TX, April 17, 2010. Princeton, New Jersey: Princeton University.
- Trussell, James. 2011. "Contraceptive Efficacy." In Hatcher R.A., J. Trussell, A.L. Nelson, W. Cates, D. Kowal, and M. Policar (eds). *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition*. New York: Ardent Media.
- Trussell, James, and Elizabeth G. Raymond. 2012. *Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy*. Princeton, New Jersey: Princeton University Office of Population Research.
- Tsai, I-Ju, C. Y. Cyrus Chu and Ching-Fan Chung. 2000. "Demographic Transition and Household Saving in Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 174-193.
- UNAIDS. 2000. *Men and AIDS—A Gendered Approach*. Geneva: UNAIDS.
- UNFPA. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2003. *Enlisting the Armed Forces to Protect Reproductive Health and Rights: Lessons Learned from Nine Countries-Technical Report*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2005. *Rights into Action: UNFPA Implements Human Rights-Based Approach*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2005a. *ICPD at Ten – The World Reaffirms Cairo: Official Outcomes of the ICPD at Ten Review*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2007. "RHIYA Programme Officially Ends, But Its Legacy Continues-Making a Decade of Investment in the Youth in Asia." Brussels: UNFPA. Website: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=1038&Language=1>. Accessed 25 July 2012.
- UNFPA. 2007a. *The State of the World Population Report*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2009. *Do all pregnant women have the right to live?* Retrieved June 8, from Fact Sheet: Motherhood and Human Rights: <http://www.unfpa.org/public/cache/offonnce/home/factsheets/pid/3851>.
- UNFPA. 2010. *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010a. *Monitoring ICPD Goals: Select Indicators*. New York: UNFPA. http://www.unfpa.org/swp/2010/web/en/pdf/EN_SOWP10_ICPD.pdf United Nations Population Fund. 2011. "Issues Brief: Comprehensive Condom Programming." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011. *The State of the World Population Report*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011a. *The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security: Annual Report 2011*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011b. *Population Dynamics in the Least Developed Countries: Challenges and Opportunities for Development and Poverty Reduction*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012. *Marrying Too Young: End Child Marriage*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *The Family Planning Programme in the Islamic Republic of Iran*. Tehran: UNFPA.
- UNFPA. 2012b. "Promoting Gender Equality-Frequently Asked Questions about Gender." New York: UNFPA. Website: http://www.unfpa.org/gender/resources_faq.htm. Accessed 12 July 2012.
- UNFPA. 2012c. "So Many Mouths to Feed: Addressing High Fertility in Famine-Stricken Somalia." Retrieved 30 August from <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/10333>.
- UNFPA. 2012d. "Statement of UNFPA for the Eleventh Session of the Permanent Forum on Indigenous Peoples Issues," May 9th, 2012.
- UNFPA. N.d. "Young People and Times of Change." Fact Sheet. New York: UNFPA. Accessible at: http://www.unfpa.org/public/home/factsheets/young_people, Accessed 4/12/11.

- UN-Habitat. 2003. *The Challenge of Slums—Global Report on Human Settlements*. Virginia: Earthscan.
- UNICEF. 2011. *Boys and Girls in the Life Cycle: Sex Disaggregated data on a selection of well-being indicators, from early childhood to young adulthood*. New York: UNICEF, Division of Policy and Practice.
- UNICEF. 2010. *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.
- UNICEF, with UNAIDS, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, United Nations Population Fund, International Labour Organization, World Health Organization, and the World Bank. 2011a. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Early Adulthood*. New York: UNICEF.
- United Nations. 2006. *Levels and Trends in Contraceptive Use as Assessed in 2002*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2007. *World Youth Report*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2008. *Official List of Millennium Development Goals Indicators*. New York: Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: <http://mdgs.un.org/> (Accessed 30 August 2012).
- United Nations. 2008a. *Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision*. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2009. *World Marriage Data 2008*. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2008/WP_WMD_2008/Documentation.html.
- United Nations. 2009a. *Analysis prepared by the secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues: indigenous women*. E/C.19/2009/8. New York: Economic and Social Council.
- United Nations. 2009b. "The Millennium Development Goals Report 2009." New York: UN.
- United Nations. 2010. *World Fertility Report 2007*. New York: Population Division of Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2011. "World Contraceptive use." Wall Chart. New York: The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf
- United Nations. 2011a. *World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables*. New York: The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2011b. "World Marriage Patterns." Population Facts. No. 2011/1. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf.
- United Nations. 2011c. "The Millennium Development Goals Report 2011." New York: UN.
- United Nations. 2011d. *Social Panorama of Latin America 2011*. Santiago: UN Economic Commission for Latin America.
- United Nations. 2012. *Millennium Development Goals: 2012 Progress Chart*. New York: Statistics Divisions, Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations General Assembly. 1999. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly. Key Actions for Further Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York: United Nations.
- United Nations General Assembly Special Session (2010). UNGASS Report on HIV and AIDS - Zimbabwe. Harare: National AIDS Council
- United Nations High Commissioner for Refugees. 2011. *Refocusing Family Planning in Refugee Settings: Findings and Recommendations from a Multi-Country Baseline Study*. Geneva: UNHCR.
- United Nations High Commissioner for Human Rights. 2008. Ms. Navanetham Pillay, Statement to the UN General Assembly (New York, N.Y., 18 Dec 2008). Available from: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49997ae312.html> (accessed 30 August 2012).
- United Nations Population Division. 2012. Unpublished data on regional averages.
- United Nations Practitioner's Portal on Human Rights Based Approaches to Programming. *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies*. Available from: <http://hrbportal.org/> (Accessed 30 August 2012).
- UN System Task Force Team on the Post-2015 UN Development Agenda. 2012. *Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General* (New York, United Nations).
- UN Women. 2008. *The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality*. New York: The Division for the Advancement of Women of the Department of Economic and Social Affairs.
- VanLandingham, Mark, and John E. Knodel. 2007. "Sex and the Single (Older) Guy: Sexual Lives of Older Unmarried Thai Men During the AIDS Era." *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(4): 375-388.
- Ventura, Stephanie J., Joyce A. Martin, Sally C. Curtin, and T.J. Mathews. 1997. "Report of Final Natality Statistics." *Monthly Vital Statistics Report*. 45(11):1-84.
- Welbourn, Alice. 2003. *Stepping Stones*. Oxford, UK: Strategies for Hope Trust.
- Westoff, Charles F. 2008. *A New Approach to Estimating Abortion Rates*. DHS Analytical Studies No. 13. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- Westoff, Charles F. 2005. *Recent Trends in Abortion and Contraception in Twelve Countries*. DHS Analytical Studies No. 8. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole. 2002. *Reproductive Preferences in Developing Countries at the Turn of the Century*. DHS Comparative Reports No. 2. Calverton, Maryland: ORC Macro.

- Williamson, Jeffrey G. 2001. "Demographic Change, Economic Growth and Inequality." *Population Matters*. 1(9): 106-137.
- World Health Organization. 1995. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry—Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2003. *International Migration, Health, and Human Rights*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2004. *Basic Indicators: Health Situation in South-East Asia*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2004a. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2005. *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experience (Background Paper)*. Geneva: Commission on Social Determinants of Health.
- World Health Organization. 2005a. "Emergency Contraception." Fact Sheet No. 244. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2005b. *Violence against Sex Workers and HIV Prevention*. Information Bulletin Series, Number 3. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2006. *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2006a. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008. "Adolescent Pregnancy." *Making Pregnancy Safer (MPS) Notes*. 1(1). Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008a. "Why is Giving Special Attention to Adolescents Important for Achieving Millennium Development Goal 5?" Fact Sheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009. *Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into the work of WHO*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2010. "10 Facts on Obstetric Fistula." Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/.
- World Health Organization. 2010a. *Accountability for Women's and Children's Health*. Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/woman_child_accountability/about/en/ (Accessed 30 August 2012).
- World Health Organization. 2011. *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access: Progress Report 2011*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011a. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011b. "Reproductive Health at a Glance: Uganda." Accessible at: <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1303736328719/Uganda42111WEB.pdf>, accessed 15 July 2012.
- World Health Organization. 2011c. *World Report on Disability*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012. "WHO Upholds Guidance on Hormonal Contraceptive Use and HIV: Women Living with HIV or at Risk of HIV can safely continue to use Hormonal Contraceptives to Prevent Pregnancy." Note for the Media. 16 February 2012. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012a. *Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012b. "Maternal Mortality." Fact Sheet No. 348. Geneva: WHO. Accessible at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>.
- World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights. 2010. *A Human Rights-Based Approach to Health*. Geneva: WHO and OHCHR.
- World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. 2010. *Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report 2010*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and UNFPA. 2009. *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*. Geneva: WHO and UNFPA.
- World Health Organization, U.S. Agency for International Development, Family Health International. 2009. *Community-Based Health Workers Can Safely and Effectively Administer Injectable Contraceptives: Conclusions from a Technical Consultation*. Research Triangle Park, North Carolina: FHI.



**Строительство мира, в котором каждая беременность желанна,
каждый ребенок в безопасности и каждый молодой человек
может раскрыть свой потенциал.**

**Фонд Организации Объединенных Наций
в области народонаселения**

605 Third Avenue
New York, NY 10158 USA
Tel. +1-212 297-5000

www.unfpa.org

©UNFPA 2012

ISBN 978-1-61800-013-2
R/700/2012

