



Политика в области репродуктивного здоровья в регионах и странах мира

Автор выпуска



Виктория САКЕВИЧ

Введение

Общепринятое сегодня определение репродуктивного здоровья было сформулировано и введено в международную практику на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в Каире в 1994 году. Каирская конференция вошла в историю прежде всего тем, что ее участники – представители 179 стран – поддержали идею смещения фокуса демографической политики с управления численностью населения на права человека и возможности свободного выбора, включая репродуктивные права.

В Программе действий, принятой на МКНР, **репродуктивное здоровье** определяется как "состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов. Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность воспроизводить себя и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи" (пункт 7.2 Программы действий МКНР).

Такое широкое определение подразумевает, что политика в области репродуктивного здоровья должна включать не только предоставление лечения при заболеваниях репродуктивной сферы, но и меры по профилактике и поддержанию хорошего здоровья и благополучия населения. Согласно рекомендациям ООН, **охрана репродуктивного здоровья** - это:

- Консультирование, информирование, образование и услуги по планированию семьи, включая доступ к безопасным и эффективным методам контрацепции;
- Просвещение и услуги по безопасному материнству, дородовому и послеродовому уходу, продвижение грудного вскармливания;
- Профилактика и лечение бесплодия;
- Предотвращение небезопасных аборт и лечение осложнений после абортов;
- Профилактика и лечение заболеваний репродуктивной сферы, инфекций, передающихся половым путем;
- Борьба с вредными практиками, такими как женское обрезание;
- Образование, информирование и консультирование по вопросам сексуальности, репродуктивного здоровья и ответственного родительства.

Охрана репродуктивного здоровья важна и с точки зрения выполнения Целей устойчивого развития 2030, принятых мировым сообществом в 2015 г. для искоренения нищеты и неравенства^[1]. В частности, Цель 3 призывает государства обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи. Повестка дня в области устойчивого развития ставит задачу снизить к 2030 году глобальный показатель материнской смертности до 70 на 100000 живорождений, а также не допускать смертности детей моложе 5 лет от предотвратимых причин и ликвидировать все виды вредных практик, включая сверхранние браки и женское обрезание.

Предотвращение материнской и детской смертности

Материнская смертность в мире все еще велика. Примерно 830 женщин ежедневно умирают от осложнений беременности и родов.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Фонд ООН по народонаселению (ЮНФПА), Всемирный банк и Отдел населения ООН объединенными усилиями, в лице Межведомственной группы по оценке материнской смертности (Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, MMEIG), выпускают регулярные доклады о материнской смертности во всех странах мира^[2]. Согласно последней оценке MMEIG, в 2015 г. от причин, связанных с материнством, в мире умерло 303 тыс. женщин, что составляет 216 в расчете на 100 тысяч живорождений (табл. 1). Интервал неопределенности оценки свидетельствует о том, что реальная материнская смертность может находиться в широком диапазоне - от 207 до 249 на 100 тысяч родившихся живыми.

99% материнских смертей происходит в развивающихся странах. По расчетам MMEIG, на страны Африки к югу от Сахары приходится 66% материнских смертей (201 тыс.), за ними следует Южная Азия (66 тыс.). Африка к югу от Сахары характеризуется и самым высоким коэффициентом материнской смертности (КМС) – 546 на 100 тыс. живорождений. Высокий КМС также в Океании (187), Южной Азии (176) и Юго-Восточной Азии (110) (рис. 1). Если перейти на уровень стран, то две страны – Индия и Нигерия – дают третью часть всех материнских смертей в мире. В целом КМС в развивающихся странах (239 на 100 тыс.) почти в 20 раз выше, чем в развитых (12 на 100 тыс.), что свидетельствует об огромном разрыве в доступе к медико-санитарной помощи в богатых и бедных странах.

Таблица 1. Материнская смертность в мире, оценка Межведомственной группы ООН на 2015 г.

	Абсолютное число, тысяч	Коэффициент материнской смертности, на 100 тысяч живорождений
Мир	303	216 (207-249)
Развитые страны*	1,7	12 (11-14)
Развивающиеся страны	302	239 (229-275)

*Албания, Австралия, Австрия, Беларусь, Бельгия, Босния и Герцеговина, Болгария, Канада, Хорватия, Кипр, Чехия, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Израиль, Италия, Япония, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Черногория, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Польша, Португалия, Молдова, Румыния, Россия, Сербия, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Македония, Украина, Великобритания, США.



Рисунок 1. Коэффициент материнской смертности (на 100 тысяч живорождений) по регионам мира в 2015 г. Оценка Межведомственной группы ООН

Источник: Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2015.

Следует подчеркнуть, что для многих стран мира, прежде всего из группы беднейших, материнская смертность является оценочным показателем, поскольку достоверной статистики смертности там нет. Но и в случае стран, имеющих налаженную систему текущего учета смертей по причинам смерти, специалисты ООН повышают официальные показатели материнской смертности в среднем в 1,5 раза, делая таким образом поправку на возможный недоучет и неверную классификацию причин смерти. Например, для России Межведомственная группа ООН оценивает число материнских смертей на уровне 450 случаев, тогда как по данным Росстата в 2015 г. в России произошло 196 материнских смертей. Соответственно, коэффициент материнской смертности в России составляет 25 на 100 тыс. родившихся живыми по данным ООН и 10,1 - согласно официальной статистике Росстата (2015 г.).

По данным ММЕИГ, на постсоветском пространстве самым низким уровнем материнской смертности характеризуется Беларусь (4 на 100 тыс. рождений), а самым высоким – Киргизия (76 на 100 тыс.) (рис. 2). Во всех странах коэффициент материнской смертности между 1990 и 2015 годами снизился, за исключением Грузии.

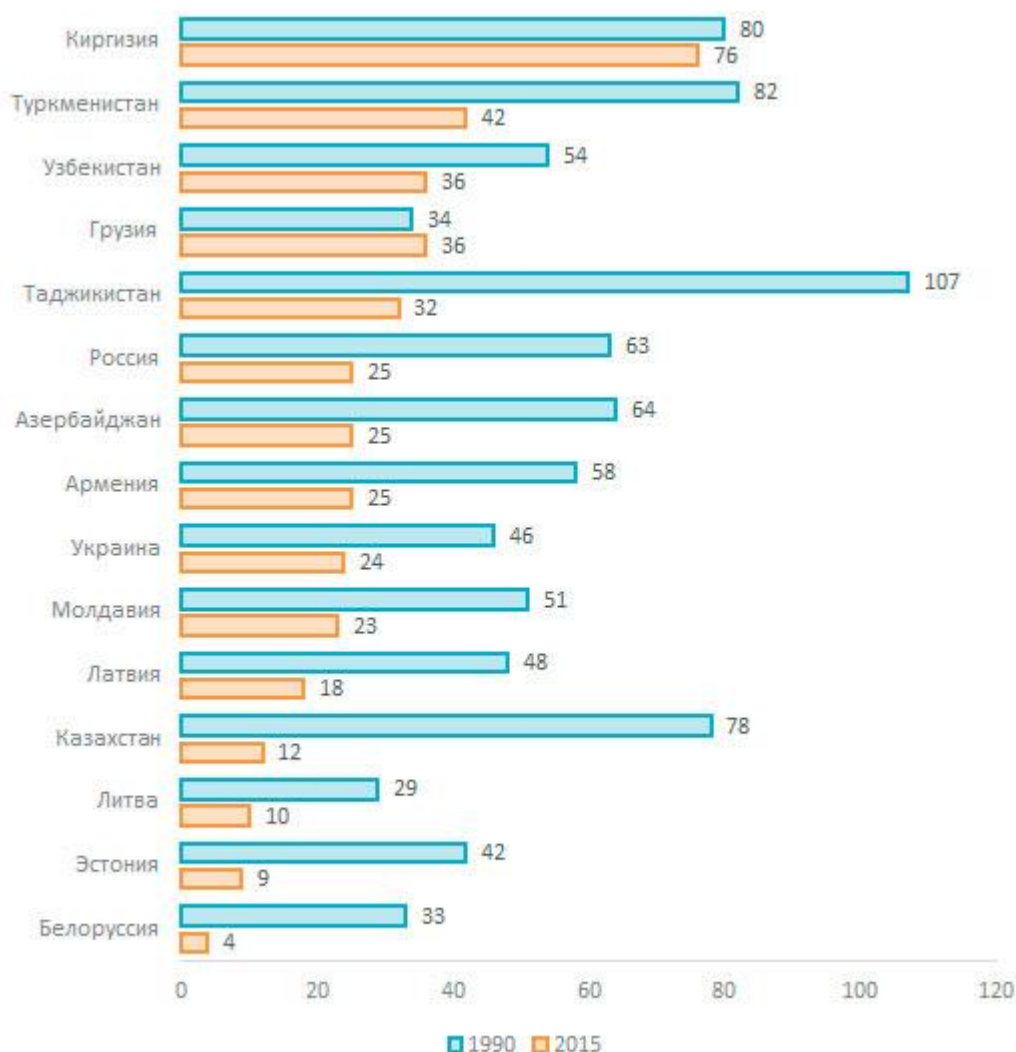


Рисунок 2. Коэффициент материнской смертности (на 100 тысяч живорождений) в постсоветских странах в 1990 и 2015 гг. Оценка Межведомственной группы ООН

Источник: WHO, Global Health Observatory data repository,
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.1390?lang=en>

Большинство осложнений беременности и родов можно предотвратить. Основными осложнениями, которые приводят к 75% всех случаев материнской смерти в мире, являются следующие:

- сильное кровотечение (в основном, послеродовое кровотечение);
- инфекции (обычно после родов);
- высокое кровяное давление во время беременности;
- послеродовые осложнения;
- небезопасный аборт.

Остальные случаи смерти вызваны непрямыми причинами, то есть уже имевшимися медицинскими состояниями (такими как диабет, малярия, ВИЧ, ожирение), усугубляемыми беременностью.



Рисунок 3. Структура причин материнской смертности в мире, %

Источник: Lale Say et al. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis // Lancet Global Health, Volume 2, Issue 6, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)

Для предотвращения материнской смертности всем женщинам необходимы дородовое наблюдение во время беременности, квалифицированная помощь во время родов и поддержка на протяжении нескольких недель после родов. Тем не менее в странах Африки к югу от Сахары, в среднем, только 51% родов проходит при участии специалиста, а в некоторых странах и того меньше, например, в Чаде – 20,2%, а в Сомали – 9,4%. Это означает, что миллионы родов протекают без помощи акушерки, врача или медсестры. На глобальном уровне 78% родов происходит при участии квалифицированного медицинского персонала (рис. 4). В странах Европы и Северной Америки эта доля превышает 98%.

Доступная медицинская помощь для беременных и рожениц снижает и риск неонатальной смертности. В 2016 г. коэффициент неонатальной смертности в мире составил 19 смертей на 1000 живорождений. Порядка 40% смертей в течение первых 28 дней жизни ребенка можно было бы избежать, если бы была оказана неотложная медицинская помощь.

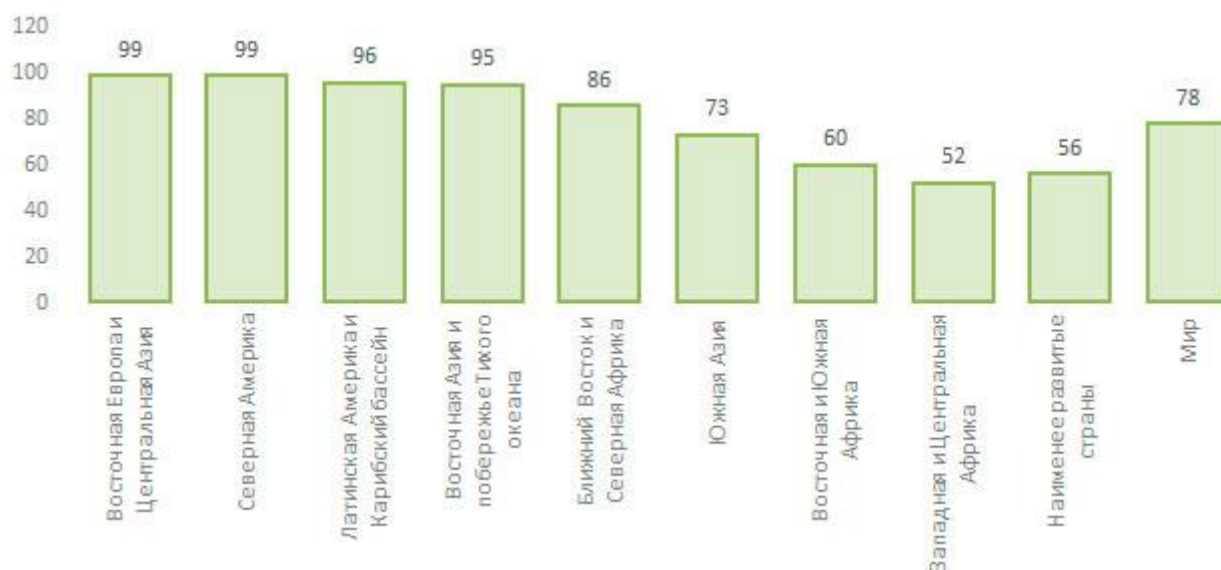


Рисунок 4. Доля родов, проходящих с участием специалиста здравоохранения, %. 2011-2016

Источник: UNICEF <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

Согласно базе данных политики в области населения, которую поддерживает Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам (ДЭСВ)[3], правительства большинства стран обеспокоены уровнем материнской смертности в своих странах. В 2013 г. правительства 122 из 197 стран (62%) назвали уровень материнской смертности недопустимо высоким (рис. 5), причем Российская Федерация входит в их число.

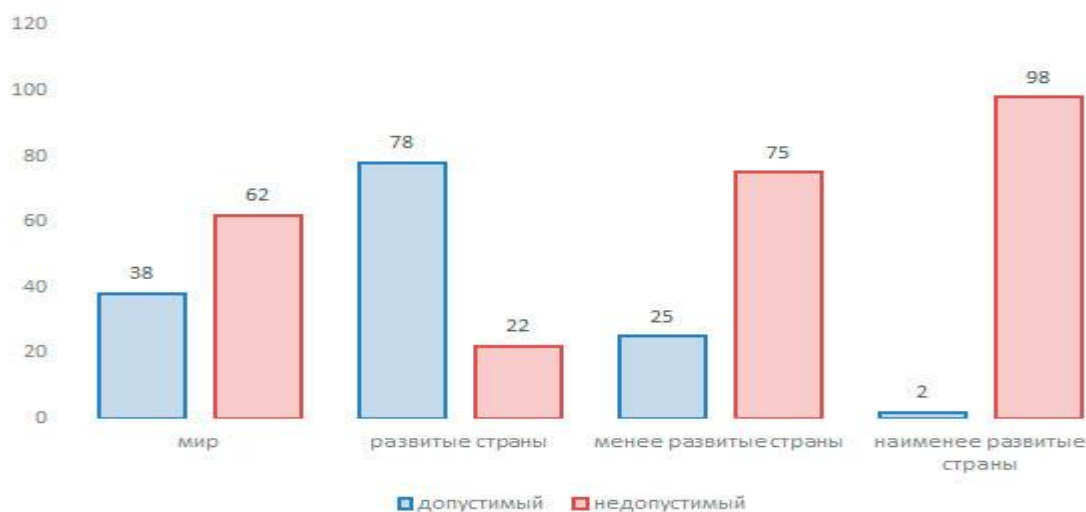


Рисунок 5. Отношение правительств к уровню материнской смертности, % стран группы. 2013 г.

Источник: United Nations, World Population Policies Database, http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx

В 2015 г. ДЭСВ включил в программу опроса правительств дополнительный модуль, касающийся политики, направленной на снижение материнской и младенческой смертности. Как показал опрос, три четверти стран (76%) приняли за последние пять лет специальные меры по охране здоровья матерей и новорожденных. В Африке хотя бы одну из возможных мер ввели все страны (100%), в Латинской Америке – 90% стран и в Азии – 75% стран.

На глобальном уровне большинство правительств приняли за последние пять лет меры по увеличению охвата необходимым послеродовым уходом и уходом за новорожденными (72%), всесторонним дородовым уходом (71%), акушерской помощью (71%) и по увеличению доступа к эффективной контрацепции (71%). Кроме того, 62% государств приняли решение расширить набор и усовершенствовать подготовку квалифицированных акушеров и 39% повысили доступность услуг по безопасному прерыванию беременности, включая помощь после аборта (рис. 6).

Правительства одной трети стран мира (64 из 197) при опросе ДЭСВ заявили, что в их стране реализуются все шесть предложенных в анкете мер по снижению материнской и младенческой смертности, в их числе и российское правительство.

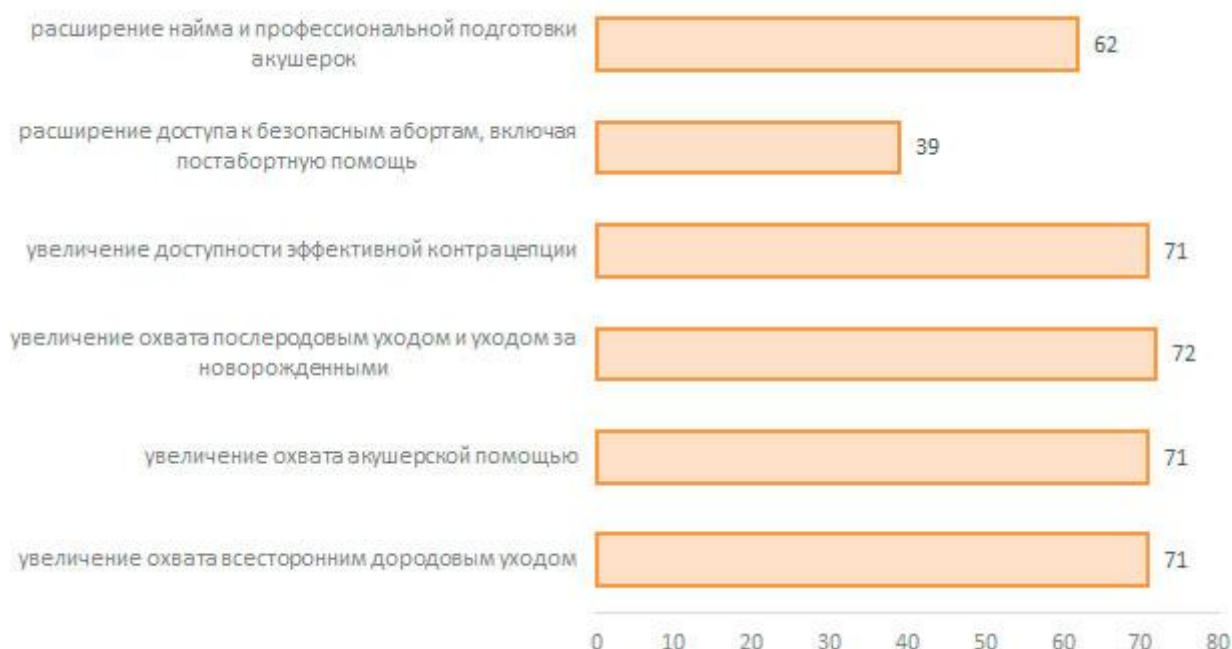


Рисунок 6. Доля стран, правительства которых приняли специальные меры по охране здоровья матерей и новорожденных за последние пять лет, по типу принятых мер, 2015 г.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/396).

Конечно, проблема высокой материнской смертности касается прежде всего наименее развитых стран. Тем не менее и в богатых странах, где уровень материнской смертности опустился до очень низкой отметки, картина далека от идеальной. В качестве нерешенных проблем, связанных с материнством, здесь можно обозначить: неравенство в доступе к качественной медицинской помощи, несоответствие практики оказания помощи принципам доказательной медицины, излишняя медикализация беременности и родов, что приводит к очень высоким затратам на здравоохранение

(характерный пример – США, где за последние два десятилетия значительно возросла частота таких вмешательств, как стимуляция родов, местная анестезия, кесарево сечение и др.)^[4]. В последние годы дополнительными факторами риска в богатых странах становятся рост среднего возраста материнства и рост числа женщин с избыточным весом. Не во всех развитых странах налажена надежная система эпиднадзора за выявлением случаев материнской смертности, позволяющая более точно определять причину смерти и вырабатывать меры по ее предотвращению.

Планирование семьи - неотъемлемый элемент охраны репродуктивного здоровья

В настоящее время большинство семейных пар в мире контролируют рождаемость при помощи методов планирования семьи. Под **планированием семьи принято понимать способность человека или пары иметь желаемое число детей и определять интервалы между их рождением**^[5]. 50 лет назад, в мае 1968 года, на Международной конференции по правам человека в Тегеране право женщины и семьи свободно решать, сколько детей иметь и когда, было признано одним из базовых прав человека.

В документах ВОЗ отмечается, что, несмотря на многочисленность и серьезность задач, стоящих перед здравоохранением, вопрос предоставления услуг по планированию семьи затрагивает больше человеческих жизней, чем любая другая проблема медицинского характера^[6].

Планирование семьи способствует снижению материнской и младенческой смертности и в целом имеет большое значение для благосостояния населения, в особенности, женщин, являясь залогом их успешной самореализации.

До того, как получили развитие вспомогательные репродуктивные технологии (ЭКО и другие), планирование семьи, по сути, являлось синонимом применения контрацепции, поскольку именно методы контрацепции позволяют планировать число детей и сроки их рождения. Сейчас арсенал методов планирования семьи, помимо контрацепции, включает методы лечения бесплодия в тех случаях, когда семья сталкивается с проблемой невозможности наступления или вынашивания беременности, но таких семей относительно немного. В данном случае мы будем придерживаться старого определения.

Источником информации о планировании семьи служат выборочные обследования населения, в программе которых предусмотрены вопросы об использовании методов контрацепции и наличии желания предотвратить наступление беременности. Такие вопросы, как правило, обращены к женщинам репродуктивного возраста (15-49 лет), состоящим в браке или проживающим в партнерстве. Отдел населения Департамента по экономическим и социальным вопросам ООН собирает и публикует информацию о планировании семьи по всем странам мира; последние из опубликованных докладов опираются на данные об использовании контрацепции за период 1950-2017 гг. из 195 стран мира (по состоянию на февраль 2018 года). Также Отдел населения публикует смоделированные оценки ключевых показателей использования контрацепции для всех стран мира, включая те страны, для которых существует мало эмпирических данных, и прогноз этих показателей^[7].

Согласно последним оценкам Отдела населения ООН, в 2017 г. на глобальном уровне 63% женщин репродуктивного возраста, состоящих в браке или в партнерстве, использовали тот или иной метод контрацепции. Это в 1,8 раз больше, чем было в 1970 г. (35%) (рис. 7).

В группе развивающихся стран использование контрацепции увеличилось, по сравнению с 1970 годом, в 2,6 раза, в том числе в наименее развитых странах – почти в 12 раз. Однако, несмотря на значительный прирост, и в 1970 г., и сегодня самые низкие показатели распространенности

контрацепции характерны для группы наименее развитых стран и для стран Африки (рис. 8). Менее 10% замужних женщин применяют контрацепцию в таких африканских странах, как Чад, Гвинея и Южный Судан; низким уровнем использования контрацепции характеризуется и наиболее населенная страна Африки – Нигерия (13%).

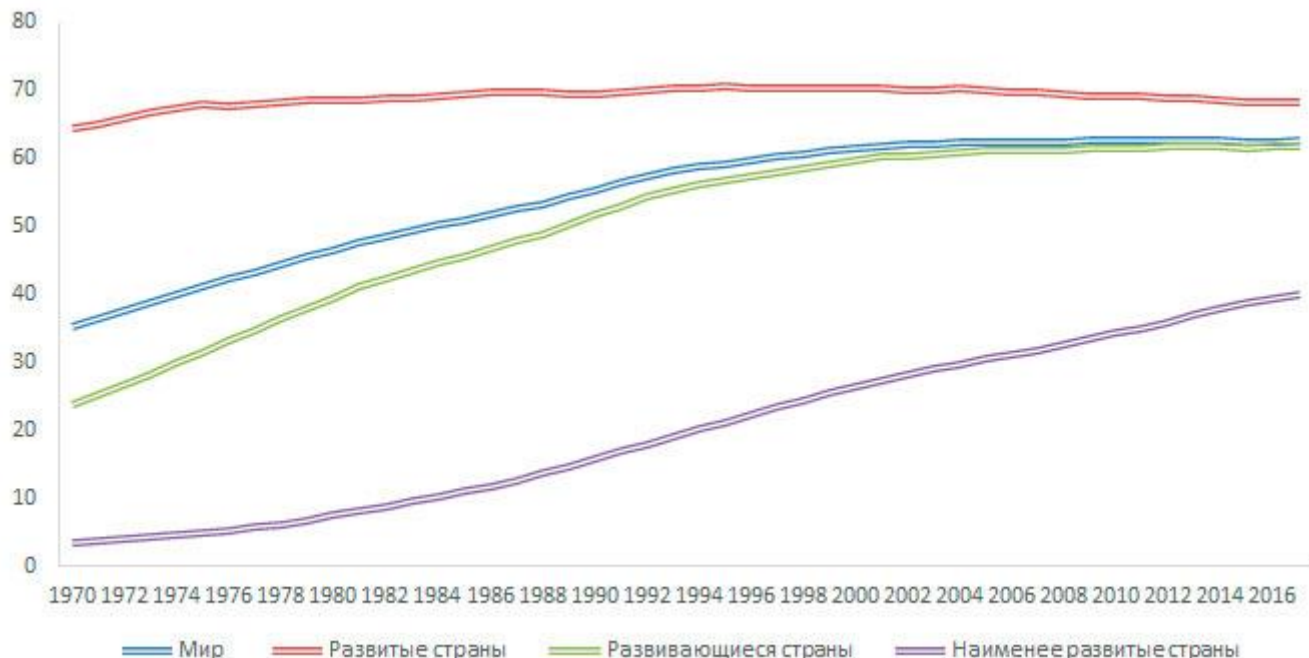


Рисунок 7. Распространенность контрацепции в мире: доля женщин репродуктивного возраста, состоящих в браке или партнерстве, использующих тот или иной метод контрацепции, %. 1970-2017 гг.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2018). Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018. New York: United Nations.

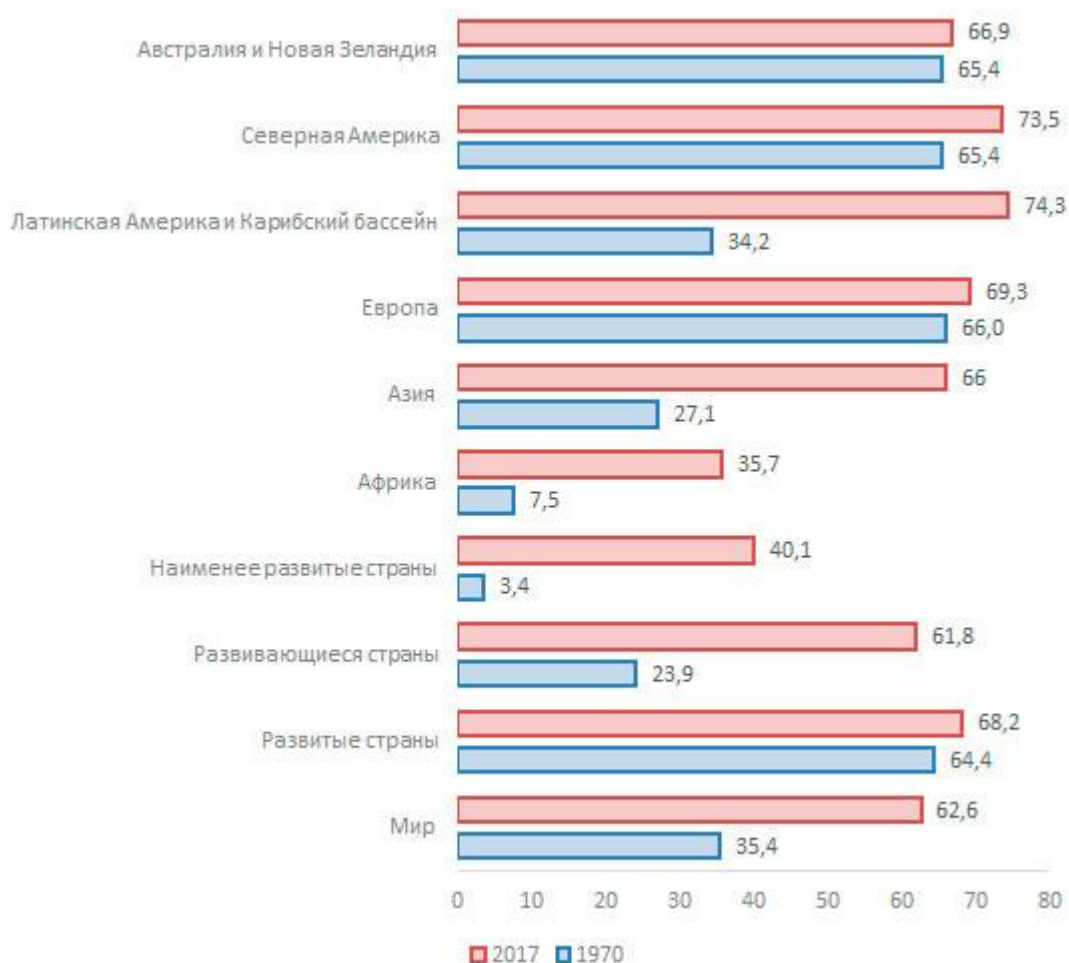


Рисунок 8. Распространенность контрацепции в регионах мира, %. 1970 и 2017 гг.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2018). Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018. New York: United Nations.

По последним имеющимся данным, самые высокие показатели использования контрацепции наблюдаются в Латинской Америке (74,3%) и Северной Америке (73,5%), а среди отдельных стран — в Норвегии (88,4%), Чехии (86,3%), Финляндии (85,5%), Канаде (85%), Китае (84,6%) и Великобритании (84%). Распространенность контрацепции в России, согласно «Выборочному обследованию репродуктивного здоровья населения России 2011 года», составляет 68%, и это самый высокий показатель на постсоветском пространстве (рис. 9).

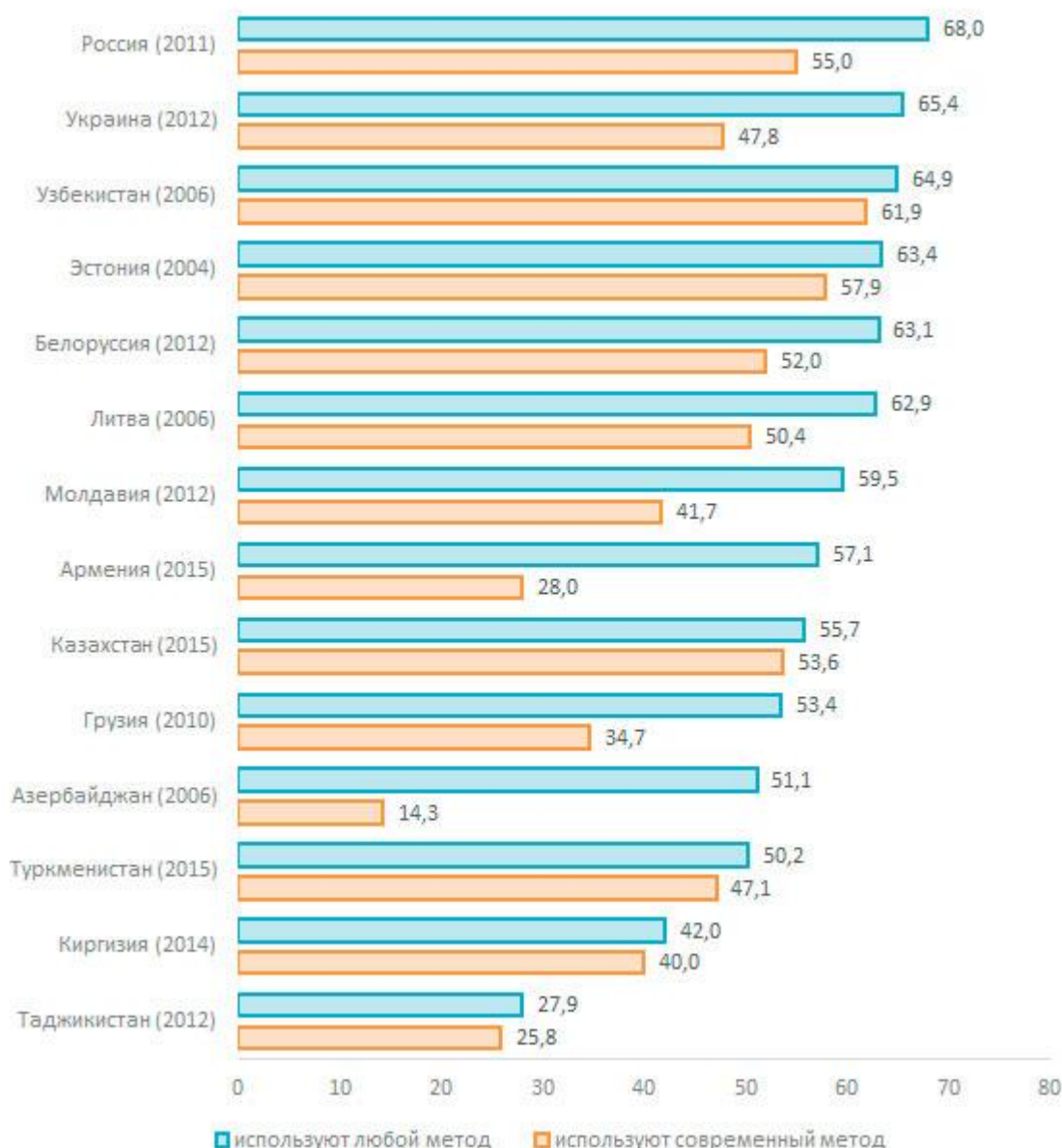


Рисунок 9. Распространенность контрацепции, в том числе современной* контрацепции, в постсоветских странах: доля женщин репродуктивного возраста, состоящих в браке или партнерстве, использующих методы контрацепции, %. В скобках – год проведения выборочного обследования

* современные методы контрацепции включают: женскую и мужскую стерилизацию, гормональную контрацепцию, внутриматочную спираль (ВМС), мужской и женский презервативы, вагинальные барьерные методы (механические и химические), экстренную контрацепцию.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2018). World Contraceptive Use 2018 (POP/DB/CP/Rev2018).

На показатель использования контрацепции влияет уровень рождаемости в стране – чем меньше распространено желание/намерение родить ребенка, тем больше пары нуждаются в методах предотвращения беременности. Поэтому, наряду с распространенностью контрацепции, обычно рассматривается **показатель неудовлетворенной потребности в планировании семьи**, который определяется как доля женщин, состоящих в браке/партнерстве, которые хотят прекратить или отсрочить деторождение, но при этом не используют методов контрацепции.

По оценкам Отдела населения ООН, каждая десятая женщина в мире имеет неудовлетворенную потребность в планировании семьи (рис. 10). Обычно неудовлетворенная потребность в контрацепции выше там, где ниже ее распространенность. Так, в наименее развитых странах уровень неудовлетворенной потребности в контрацепции остается очень высоким (21,3%), в основном это страны Африки к югу от Сахары. В странах Северной и Западной Европы, Северной Америки и Восточной Азии, напротив, этот показатель находится на очень низком уровне - менее 10%. В России в 2011 г. этот показатель был равен 8%, то есть был близок к уровню развитых стран.

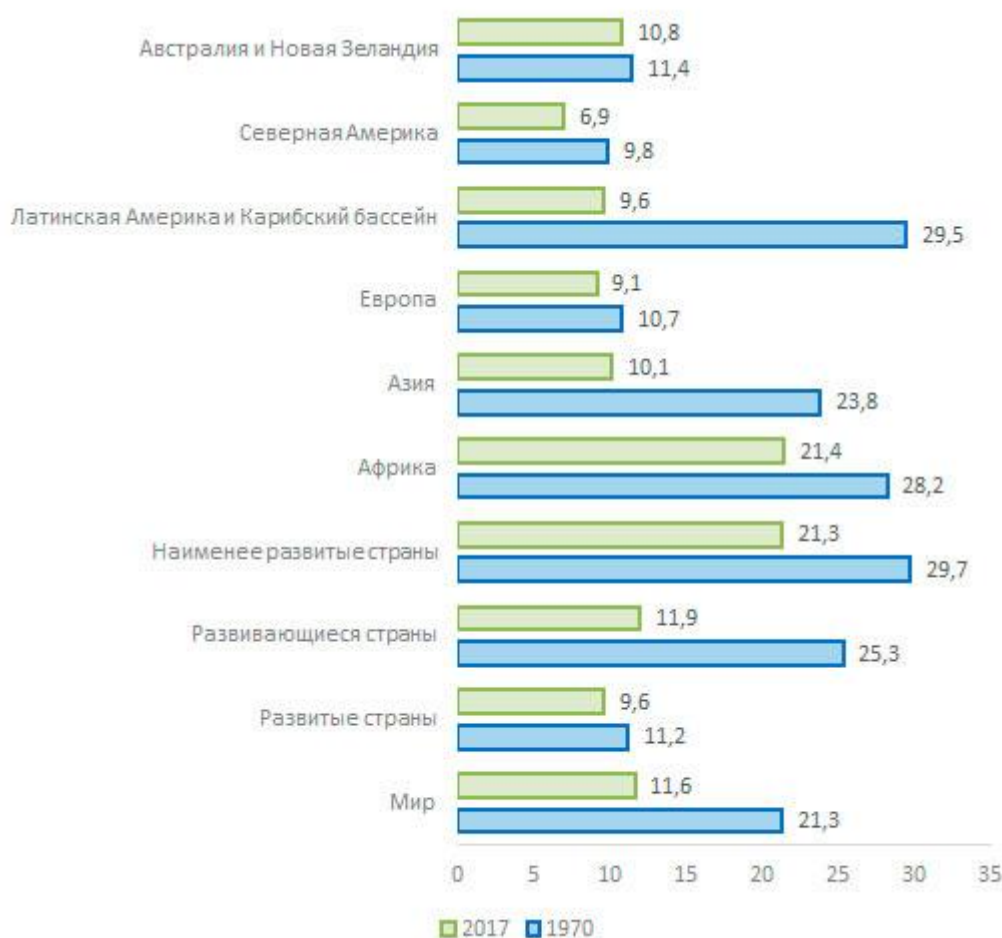


Рисунок 10. Неудовлетворенная потребность в планировании семьи в регионах мира, %, 1970 и 2017 гг.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2018). Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018. New York: United Nations.

В абсолютном выражении число пар, использующих методы планирования семьи, на глобальном уровне оценивается в 772 млн; еще 143 млн нуждаются в контрацепции, но по тем или иным причинам не применяют ее. Если к числу тех, кто не использует контрацепцию, добавить семьи, которые используют традиционные, малозффективные методы, то показатель неудовлетворенной потребности в современном планировании семьи возрастет до 207,5 млн пар. Исследования выявили следующие причины отказа от применения современной контрацепции: (1) отсутствие широкого доступа к противозачаточным средствам и услугам соответствующего профиля, (2) ограниченный круг доступных методов контроля рождаемости, (3) барьеры, возникающие из-за боязни общественного порицания или неприятия со стороны партнера, (4) опасения относительно возможного возникновения побочных эффектов и вредного влияния контрацептивов на здоровье (особенно гормональных контрацептивов), (5) отсутствие четкого представления о существующих методах планирования семьи и их применении на практике и т.д.[8] Такие пары остро нуждаются в квалифицированной помощи.

В 2015 г. 166 из 197 (84%) правительств декларировали прямую поддержку планированию семьи (рис. 11). Прямая государственная поддержка планирования семьи подразумевает информирование, консультирование и услуги по планированию семьи, осуществляемые через государственные учреждения и организации. Правительства 18 стран, или 9% стран, заявили о не прямой поддержке планирования семьи посредством содействия работе неправительственных и частных организаций, оказывающих соответствующие услуги. 12 правительств не оказывают материальной поддержки планированию семьи, но и не запрещают частным организациям предоставлять такие услуги. Наконец, в Ватикане программы и услуги по планированию семьи запрещены.

Самую активную поддержку планирования семьи оказывают правительства стран с большой неудовлетворенной потребностью в контрацепции (рис. 12). 96% стран, в которых показатель неудовлетворенной потребности в планировании семьи превышает 20%, и 100% наименее развитых стран проводят государственную политику планирования семьи. Другой вопрос – насколько эта политика успешна в той или иной стране.

Среди стран – бывших республик СССР большинство имеют прямую государственную поддержку услуг по планированию семьи; 5 стран – Россия, Белоруссия, Армения, Казахстан и Грузия – ответили, что государство оказывает не прямую поддержку планирования семьи.



Рисунок 11. Наличие государственной поддержки планирования семьи, % стран группы. 2015 г.

Источник: рассчитано по: United Nations, World Population Policies Database, http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx

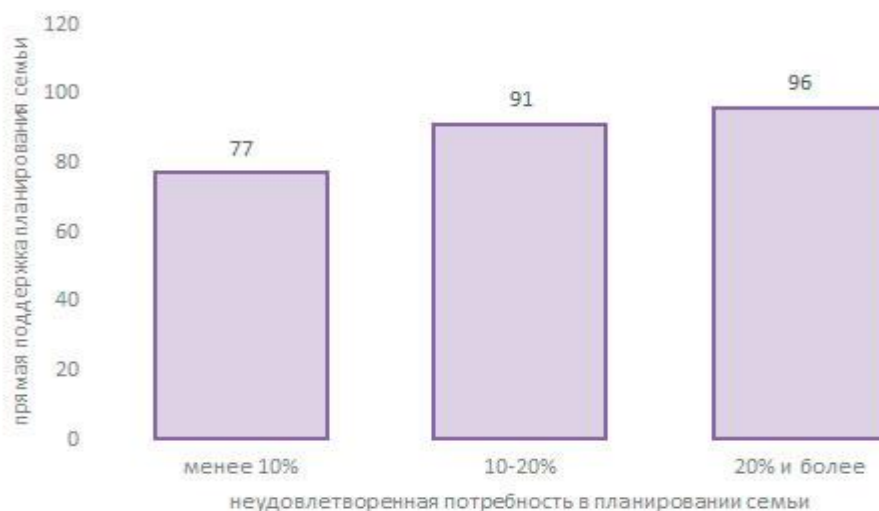


Рисунок 12. Доля правительств, оказывающих прямую поддержку планирования семьи, в зависимости от уровня неудовлетворенной потребности в планировании семьи, % стран группы. 2015 г.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/396).

В ходе опроса правительств в 2015 году Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам также выяснял, имеют ли страны какие-либо ограничения для предоставления услуг по планированию семьи. Такими ограничениями могут быть: возрастные рамки (не младше определенного возраста), брачно-партнерский статус, обязательное согласие родителей (для несовершеннолетних), недоступность экстренной контрацепции или стерилизации (как метода контрацепции).

Как оказалось, среди 186 стран, по которым есть данные, в 19% стран действует хотя бы одно условие, ограничивающее доступность услуг по планированию семьи (табл. 2). Самая большая доля стран с ограничениями – в Латинской Америке и Карибском бассейне (31%), далее идет Азия (25% стран) и Европа (19%), тогда как в Африке всего 8% стран имеют такие ограничения. В Северной Америке ни одно из перечисленных в анкете ДЭСВ условий не действует. Российское правительство тоже дало отрицательный ответ о наличии указанных в анкете ограничений.

Что касается конкретных ограничений, то самой распространенной мерой является требование получить согласие родителей для несовершеннолетних (9% стран мира); в Латинской Америке этого требования придерживаются 19% стран, в Европе - 14% стран, а в Азии - всего 5% стран. Законодательное ограничение стерилизации является самой редкой мерой: 3% стран имеют ограничения доступности женской стерилизации и 4% стран - мужской стерилизации; в наибольшей степени это ограничение распространено в Азии – 7% и 14%, соответственно.

Таблица 2. Доля стран, правительства которых ввели ограничения для предоставления услуг по планированию семьи, по типу ограничений, % стран. 2015 г.

Тип ограничений	Мир	Африка	Азия	Европа	Латинская Америка
Установлен минимальный возраст	5	4	5	5	9
Ограничения по брачному состоянию	5	4	14	2	0
Требуется согласие родителей для несовершеннолетних	9	4	5	14	19
Ограничения доступности экстренной контрацепции	5	0	7	7	6
Ограничения доступности женской стерилизации	3	0	7	5	0
Ограничения доступности мужской стерилизации	4	0	14	5	0
Хотя бы одно из указанных ограничений	19	8	25	19	31

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/396).

Уровень подростковых беременностей остается высоким во многих странах

Преждевременные беременности эксперты ВОЗ относят к числу основных проблем здоровья подростков[9]. Беременность в юном возрасте повышает риск материнской смертности, у детей очень молодых матерей наблюдаются более высокие показатели заболеваемости и смертности. Ранняя беременность является одним из факторов, препятствующих повышению уровня образования и социально-экономического положения женщин в дальнейшем. Широкий доступ к информации и к охране сексуального и репродуктивного здоровья может значительно снизить количество девушек, которые беременеют и рожают в слишком молодом возрасте.

Несмотря на постепенное сокращение рождаемости^[10] среди девушек-подростков в большинстве регионов мира (рис. 13), число рождений в возрасте до 20 лет во многих странах Африки и Латинской Америки остается высоким. По оценкам, ежегодно в мире около 16 миллионов девушек в возрасте 15-19 лет рожают детей – на них приходится около 11% всех родов. 95% этих родов происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

В 2010-2015 гг. мировой показатель подростковой рождаемости оценивался примерно в 46 рождений на 1000 девушек в возрасте 15-19 лет. Среди крупных регионов мира самый высокий уровень рождаемости до 20 лет наблюдается в Африке (99 на 1000), а внутри Африки – в Центральной Африке (139 на 1000) и Западной Африке (121 на 1000); следом за Африкой идет Латинская Америка и Карибский бассейн (67 на 1000) (рис. 14). Показатель на уровне 100 и выше в расчете на 1000 девушек в возрасте 15-19 лет считается очень высоким – такой уровень наблюдается в 25 странах, все из них кроме одной находятся в Африке. 18 из этих 25 стран относятся к группе наименее развитых. Среди стран с особенно высоким уровнем подростковой рождаемости следует упомянуть: Нигер, Мали, Анголу, Мозамбик и Чад (свыше 150 рождений на 1000).

На другом полюсе, с самой низкой рождаемостью в подростковом возрасте, - КНДР, Южная Корея и Швейцария (3 и менее рождений на 1000). Среди регионов мира самым низким уровнем рождаемости в возрасте моложе 20 лет характеризуется Европа (16 рождений на 1000).

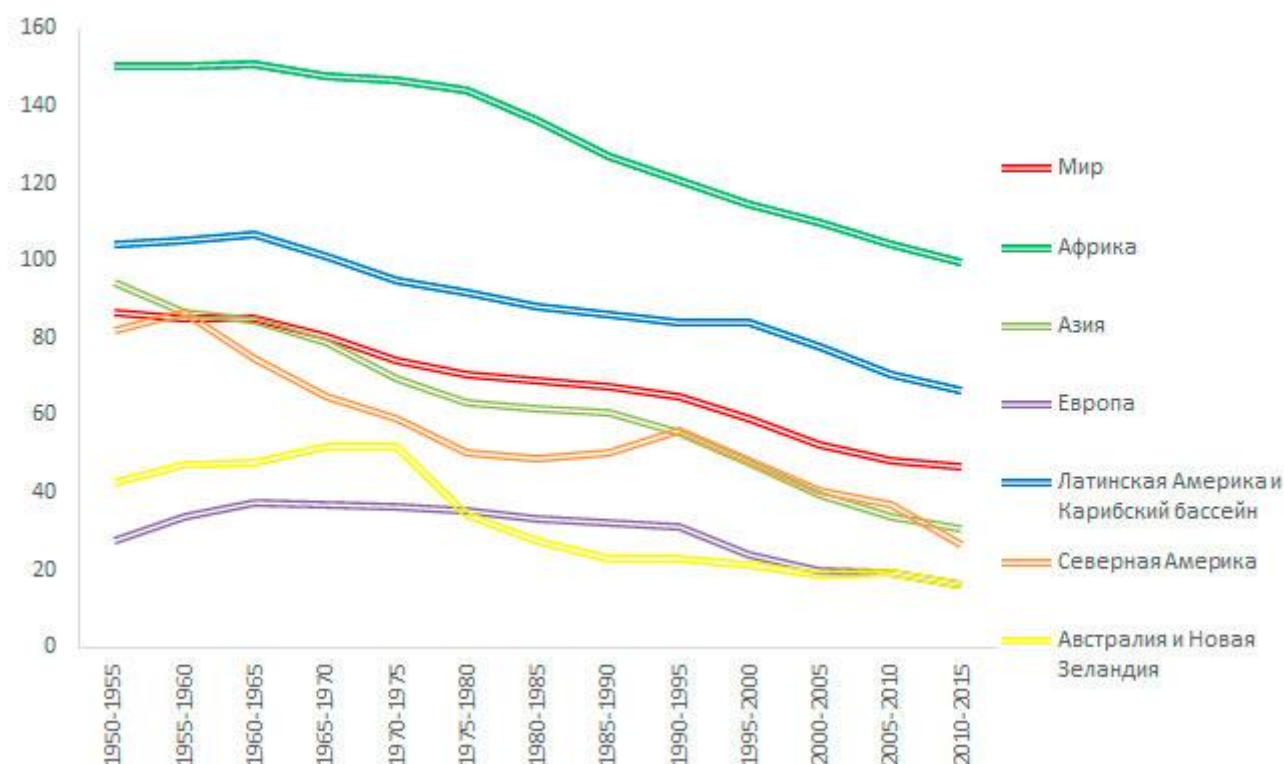


Рисунок 13. Рождаемость в возрасте 15-19 лет в регионах мира, на 1000 девушек соответствующего возраста. 1950-2015 гг.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, DVD Edition.

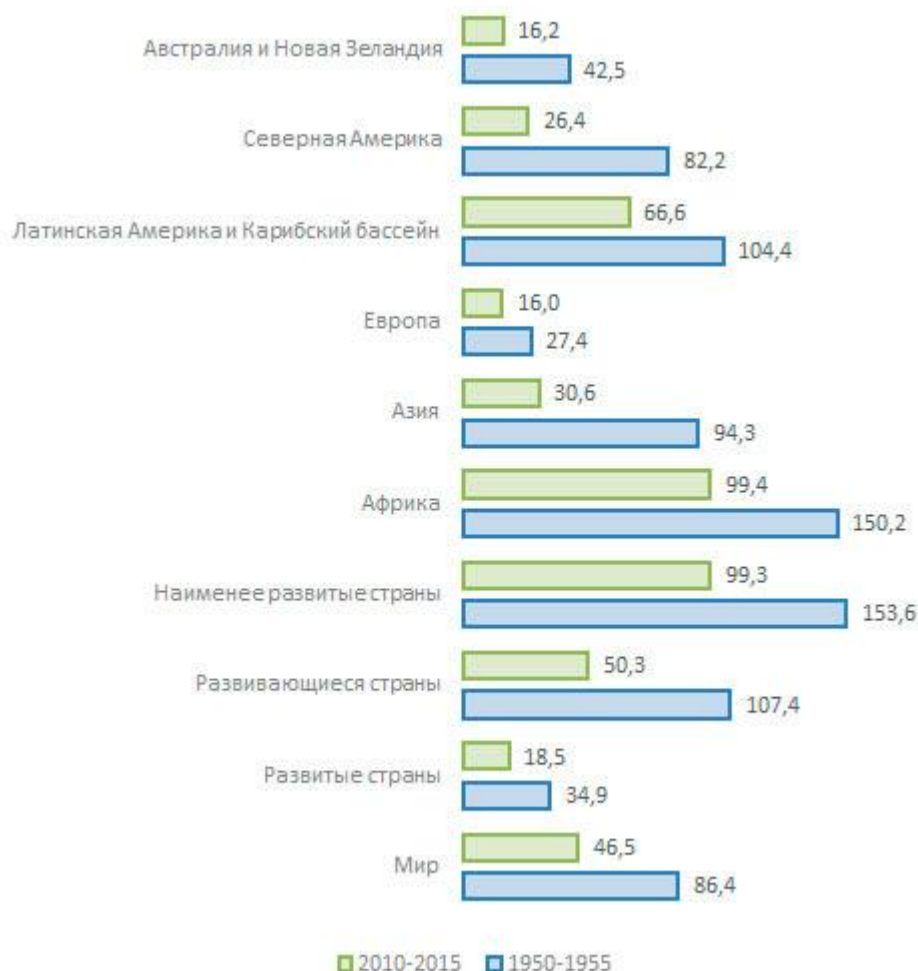


Рисунок 14. Рождаемость в возрасте 15-19 лет в регионах мира, на 1000 девушек соответствующего возраста. 1950-1955 и 2010-2015 гг.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, DVD Edition.

Между 1990-1995 и 2010-2015 гг. подростковая рождаемость снижалась быстрее, чем суммарная рождаемость. За 20 лет возрастной коэффициент рождаемости в 15-19 лет на глобальном уровне снизился на 30% (с 65 до 46 на 1000); это снижение на 85% было обеспечено азиатскими странами. Согласно данным по 201 стране, ранняя рождаемость за указанный период снизилась во всех странах, кроме десяти, где она, наоборот, возросла. К последним относятся, в частности, Азербайджан (рост с 38 до 54 на 1000), Ирак (с 67 до 80 на 1000) и Сомали (с 102 до 110 на 1000).

Что касается России, то подростковая рождаемость в 2010-2015 гг. в нашей стране составила 26,4 на 1000 девушек 15-19 лет – уровень, близкий к США, но намного превосходящий показатели стран Западной, Северной и Южной Европы и в целом уровень развитых стран (рис. 15). По сравнению в 1990-1995 гг. рождаемость среди подростков в России снизилась почти вдвое.

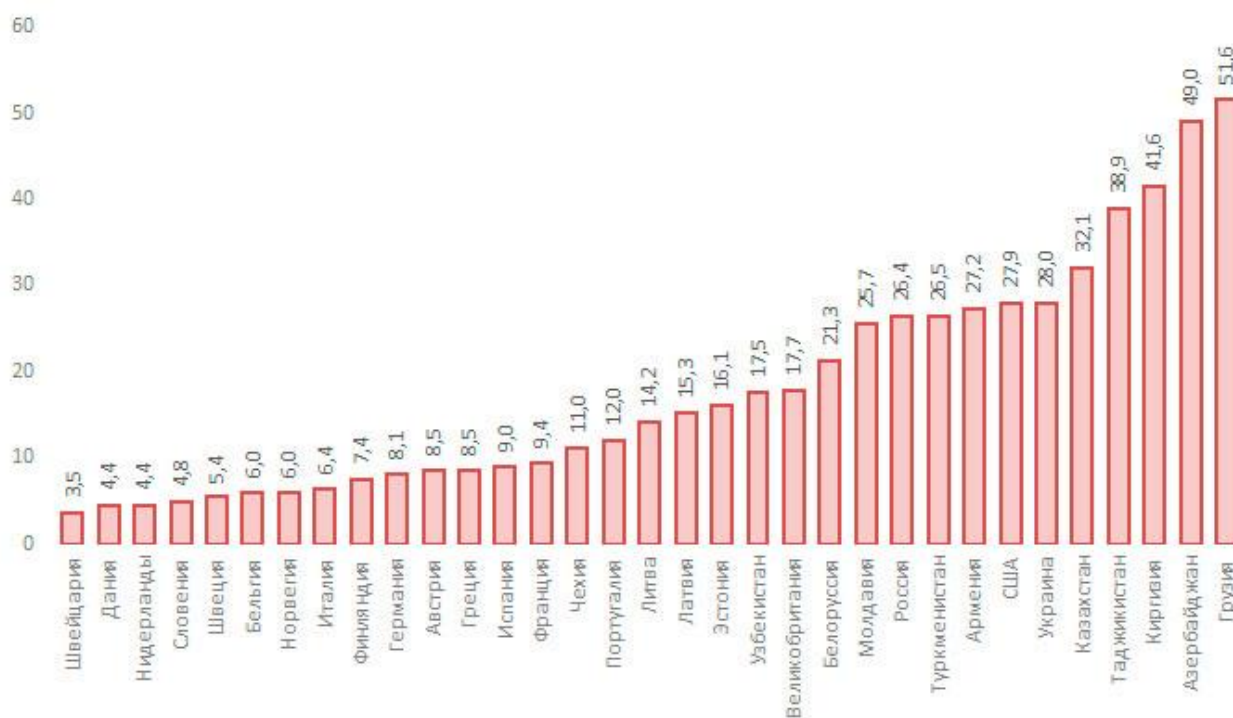


Рисунок 15. Рождаемость в возрасте 15-19 лет в России и некоторых странах, на 1000 девушек соответствующего возраста. 2010-2015 гг.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, DVD Edition.

Важным фактором, способствующим высокой рождаемости среди подростков, являются ранние браки. В странах, где коэффициент рождаемости в возрасте 15-19 лет превышает 100 промилле, не менее четверти девушек выходят замуж до 18 лет, а, например, в ЦАР и Чаде - около 70%, в Нигере – свыше 70% девушек к 18 годам уже замужем^[11]. Повысив средний возраст вступления в брак, можно добиться снижения подростковой рождаемости. Особенно это актуально для стран Южной Азии и Африки к югу от Сахары.

Большинство стран мира выражает обеспокоенность уровнем подростковой рождаемости и проводит специальную политику по охране репродуктивного здоровья подростков.

Как показал опрос правительств, проведенный ДЭСВ в 2013 году, 67% стран считают рождаемость в раннем возрасте заслуживающей внимания проблемой. При этом правительства развивающихся стран чаще рассматривают рождаемость в возрасте моложе 20 лет как серьезную проблему, чем правительства развитых стран (76% против 40%) (рис. 16). Среди 195 стран мира, по которым есть информация для 2013 г., 90% имеют политику или программы по снижению рождаемости среди подростков, в том числе все постсоветские страны, за исключением России, Эстонии и Украины.

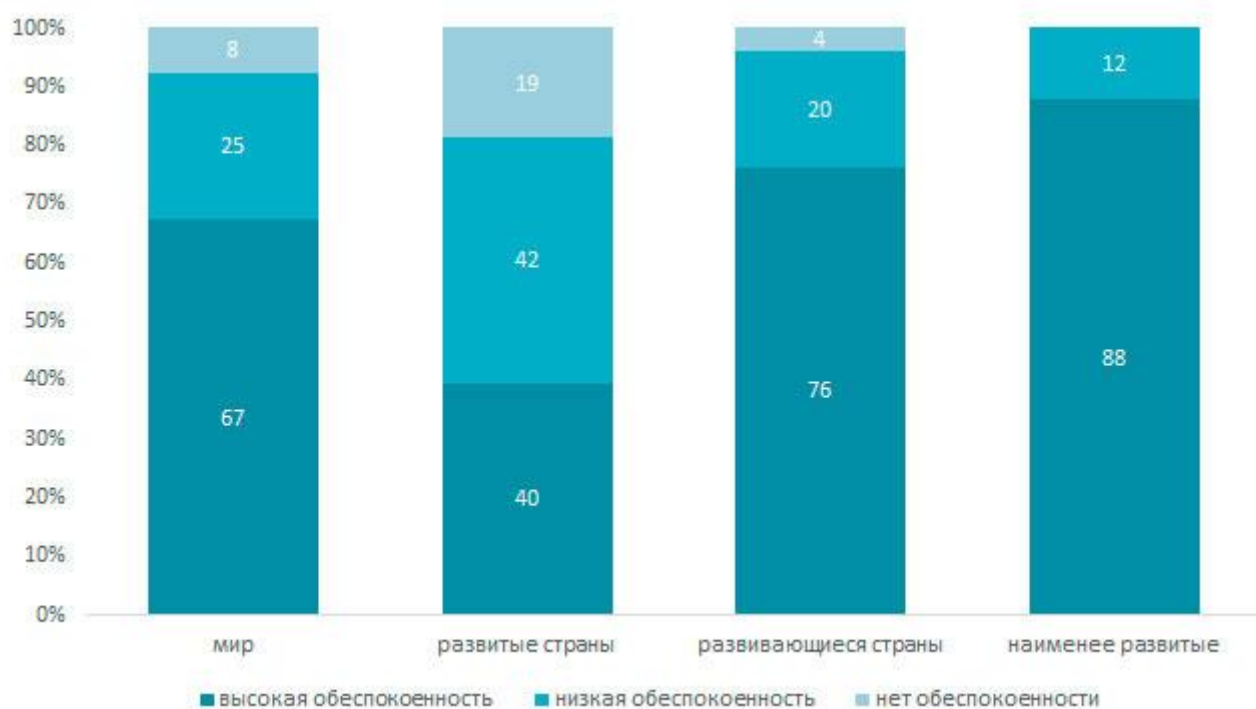


Рисунок 16. Обеспокоенность правительств проблемой подростковой рождаемости, % стран группы. 2013 г.

Источник: рассчитано по: United Nations, World Population Policies Database, http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx

В ходе опроса правительств 2015 года вопросы о рождаемости подростков не задавались, однако ДЭСВ уделил внимание политике по улучшению сексуального и репродуктивного здоровья подростков. В частности, анкета содержала вопросы о трех направлениях политики, оказывающих влияние на репродуктивное здоровье. Это такие меры политики, как: повышение и/или введение минимального возраста вступления в брак, расширение охвата девочек средним образованием и меры по их удержанию в школе, развитие системы сексуального образования в школах.

Согласно результатам опроса правительств 2015 г., хотя бы одну из трех указанных мер приняли 91% стран мира. 30% правительств (58 стран из 191) заявили, что в их странах действуют все три направления политики в отношении репродуктивного здоровья подростков.

Самой популярной мерой является сексуальное образование в школах (76% стран) (рис. 17). Здесь Российская Федерация в меньшинстве – наше правительство отметило в анкете только одну меру: регулирование минимального возраста вступления в брак; обязательного сексуального образования в России нет^[12].



Рисунок 17. Доля стран, правительства которых приняли специальные меры по охране сексуального и репродуктивного здоровья подростков, по типу принятых мер, 2015 г.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/396).

Небезопасные аборты являются одной из основных причин материнской смертности

Согласно классификации ВОЗ, к небезопасным относятся аборты, выполненные лицами, не имеющими необходимой квалификации, либо выполненные в условиях, не соответствующих минимальным медицинским стандартам. Недавно эксперты ВОЗ предложили разделять небезопасные аборты на две подкатегории: «менее безопасные» и «наименее безопасные». К «менее безопасным» предлагается относить аборты, которые проводились квалифицированным специалистом, но с использованием небезопасного или устаревшего метода (например, выскабливания), или, наоборот, - которые проводились лицом, не имеющим специальной подготовки, но использовавшим современный метод (например, медикаментозный). «Наименее безопасные» - это аборты, которые проводят лица, не имеющие специальной подготовки и применяющие опасные для здоровья методы (например, введение посторонних предметов и использование травяных смесей).

Определить реальное количество небезопасных абортов непросто, особенно в странах, где искусственное прерывание беременности законодательно запрещено. Напомним, что менее 40% женщин живут в странах, где аборт разрешен по желанию женщины, тогда как остальным женщинам для прерывания беременности нужны веские основания, поэтому большая часть процедур проводится нелегально.

По оценкам, среди всех производимых в мире абортов 55% можно отнести к безопасным (выполненным специалистом с использованием современных методов), 31% - к менее безопасным (когда не выполняется критерий метода или специалиста) и 14% - к наименее безопасным (когда не выполняются оба критерия). В абсолютном выражении это означает, что ежегодно в мире

производится 25 млн небезопасных аборт. Большинство небезопасных абортов (97%) приходится на развивающиеся страны Африки, Азии и Латинской Америки. Демоскоп уже писал об этой проблеме более подробно (см.: <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0773/barom01.php>)

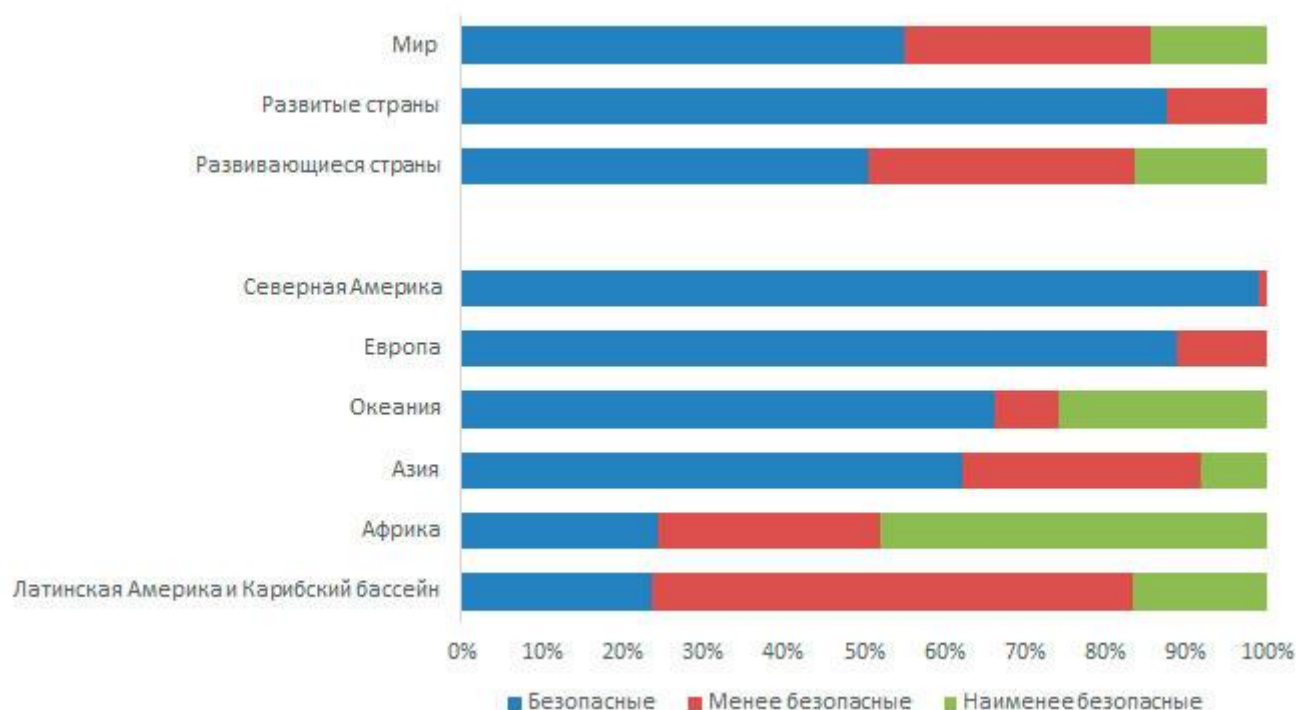


Рисунок 18. Распределение абортов на категории с точки зрения их безопасности по регионам мира, 2010-2014 гг.

Источник: Singh S., et al. (2018) Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S.

На глобальном уровне небезопасный аборт является причиной приблизительно 8% материнских смертей (рис. 3) – это потеря около 24 тысяч жизней ежегодно. Среди регионов мира самая высокая материнская смертность по причине небезопасного аборта наблюдается в Африке. Многих из этих смертей можно было бы избежать, предоставив женщинам всестороннюю информацию о сексуальном и репродуктивном здоровье, услуги по планированию семьи, средства контрацепции, а также доступ к услугам по безопасному прерыванию беременности.

Как показал опрос правительств в 2015 г., среди 114 стран, по которым есть данные, 73% считают проблему небезопасных абортов очень важной и вызывающей обеспокоенность. И только 6% правительств не выразили озабоченности в связи с существованием небезопасных абортов (табл. 3).

На региональном уровне самая большая доля правительств, обеспокоенных данной проблемой, - в Африке (91%), что и понятно – в Африке лишь один из 4-х абортов является безопасным, причем большинство небезопасных абортов здесь характеризуются как «наименее безопасные».

В Латинской Америке тоже всего один из 4-х аборт относится к безопасным, однако большинство аборт в этом регионе причисляют к подкатегории «менее безопасные», здесь распространено нелегальное использование современного метода прерывания беременности (мизопростол). Озабоченность проблемой аборт высказали 82% правительств стран Латинской Америки и Карибского бассейна.

В Европе большинство аборт можно отнести к безопасным, соответственно, и доля правительств, проявляющих высокую обеспокоенность данной проблемой, здесь наименьшая.

На постсоветском пространстве две страны – Азербайджан и Эстония – ответили, что существование небезопасных аборт не является объектом внимания правительств (хотя в обеих странах аборт распространены, но, вероятно, считаются безопасными). Армения, Грузия, Казахстан, Киргизия, Латвия, Молдавия и Российская Федерация выразили высокую степень обеспокоенности проблемой небезопасных аборт. По остальным постсоветским странам нет данных.

Таблица 3. Обеспокоенность правительств проблемой небезопасных аборт, % стран

	Высокая обеспокоенность	Низкая обеспокоенность	Нет обеспокоенности / нет официальной позиции
Африка	91	5	5
Азия	71	5	24
Европа	32	5	64
Латинская Америка и Карибский бассейн	82	14	5
Океания	60	0	40
Мир	73	6	21
Число стран	83	7	24

Примечание: нет данных по США и Канаде.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/396).

Как уже было сказано, 39% стран приняли специальные меры по расширению доступности безопасного аборт в течение предыдущих пяти лет (рис. 6); среди стран, заявивших об обеспокоенности проблемой небезопасных аборт, эта доля намного больше – 71%. Любопытно, что в эти 71% входит и Российская Федерация, хотя в реальности в стране в последнее десятилетие принимались поправки в законодательство, затрудняющие доступ к аборт.

[1] См.: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/>

[2] Альтернативную оценку материнской смертности на мировом уровне выполняет Институт измерений и оценок здоровья (Institute of Health Metrics and Evaluation, IHME) Университета Вашингтона в Сиэтле, США, см.: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31470-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31470-2/fulltext)

[3] База данных, поддерживаемая ДЭСВ, позволяет отслеживать эволюцию официальных

позиций, касающихся параметров роста и структуры населения, рождаемости, планирования семьи, здоровья, внутренних и международных миграций. В качестве источников информации для этой базы данных ДЭСВ использует официальные документы, политические заявления, а также материалы регулярных опросов правительств по вопросам, касающимся населения и развития.

[4] См.: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31527-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31527-6/fulltext)

[5] см.: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/ru/>

[6] WHO Department of Reproductive Health and Research and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.

[7] см.: <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/index.shtml>

[8] World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.

[9] <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

[10] В мировых обзорах, посвященных подростковым беременностям, используется, как правило, показатель рождаемости в возрасте 15-19 лет, как наиболее доступный. Достоверная статистика других исходов беременностей в большинстве стран отсутствует.

[11] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/396), p. 30.

[12] О сексуальном образовании см., например:
<http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0655/reprod01.php>