

ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЕВРАЗИИ

Глубокие экономические и социальные изменения, произошедшие в истекшем десятилетии в странах Восточной Европы и Евразии, оказали влияние практически на все аспекты жизни, в том числе и на здоровье населения. Судя по некоторым показателям, репродуктивное здоровье женщин в этом регионе улучшилось, во многом за счет того, что сегодня здесь для предотвращения незапланированного рождения все чаще используется современная контрацепция и все реже – искусственный аборт. Тем не менее, уровень материнской и младенческой смертности здесь все еще остается недопустимо высоким, мало используются профилактические функции службы здравоохранения, недостаточное внимание уделяется и таким проблемам, как предупреждение ВИЧ-инфекции/СПИДа.

Задачей данного сообщения является краткое освещение исследований, проведенных после 1996 года в 11 странах. Эти исследования, охватив широкий круг вопросов, связанных со здоровьем женщин, позволили получить в большом объеме информацию о поведении и установках в отношении репродуктивного здоровья. В основе сообщения лежит обширный отчет, в котором подробно анализируются и сравниваются между собой результаты исследований, проведенных в отдельных странах (см. стр. 8). Благодаря этим исследованиям ответственные работники социальных программ, ученые и политические деятели имеют возможность получить точное представление о характеристиках женщин, более всего нуждающихся в медицинской помощи, о факторах роста использования контрацепции и уменьшения роли аборта, а также о других изменениях поведения в отношении репродуктивного здоровья.

Цель обследования

В период с 1993 по 2001 в странах Восточной Европы и Евразии были проведены типовые обследования по программам "Исследование Репродуктивного Здоровья" (ИРЗ) и "Демографическое и Медицинское Обследование" (ДМО). Обследования включали опрос женщин из репрезентативной выборки домохозяйств с целью сбора детальной информации о рождаемости, планировании семьи, здоровье матерей и младенцев и других аспектах репродуктивного здоровья. Активную помощь национальным институтам в проведении обследований оказывали два расположенные в США агентства: Центр по контролю и предотвращению заболеваний (Centre for Disease Control and Prevention – CDC) и ORC Macro. Значительную поддержку обследованиям оказало Агентство Международного Развития США (U.S. Agency for International Development), кроме того, неко-



торые страны получили финансовую помощь от Фонда Народонаселения Организации Объединенных Наций (United Nations Population Fund for Population Activities – UNFPA) и ЮНИСЕФ (Детский фонд ООН, United Nations Children's Fund – UNICEF).

В данном сообщении освещаются результаты обследований в 11 странах, из которых четыре расположены в Восточной Европе (Молдова, Румыния, Россия и Украина), три – на Кавказе (Армения, Азербайджан и Грузия), и четыре – в Средней Азии (Казахстан, Киргизская Республика, Туркменистан и Узбекистан).¹ В России обследования проводились только в трех городах, и их результаты не отражают тенденции для всей страны.

Данные обследований впервые позволили получить представление об осведомленности женщин о репродуктивном здоровье, установках и поведении в период, последовавший за глубокими изменениями, имевшими место в данном регионе в начале 90-х годов. Недавно начатые в этом регионе программы планирования семьи ставят своей целью увеличение доступности и распространности современной контрацепции, а также уменьшение числа аборт как средства предотвращения нежелательного деторождения. Поэтому ИРЗ и ДМО были нацелены на изучение уровня, тенденций и эффективности использования контрацепции, а также – информированности и отношения женщин к контрацепции и абортам. Кроме того, обследования позволили собрать новейшую и репрезентативную на национальном уровне информацию о проблемах в области репродуктивного здоровья и здоровья детей, которая дает возможность для создания новых и улучшения уже действующих программ.

Общие черты социально-исторического контекста проблемы репродуктивного здоровья

Страны, ситуация в которых обсуждается в данном сообщении, имеют общую историю, ибо они

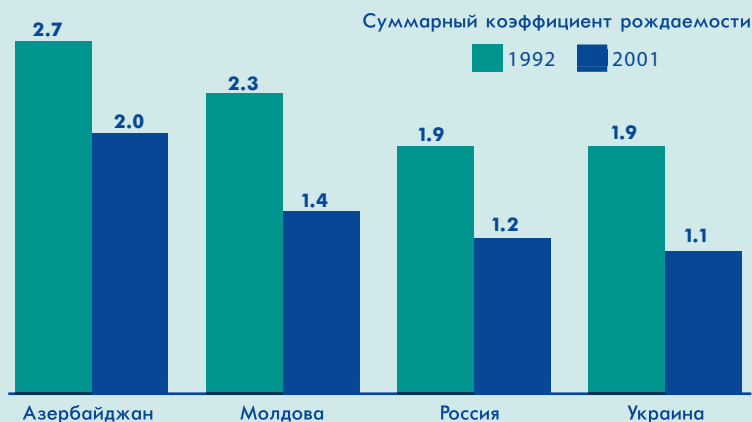
либо были частями бывшего Советского Союза, либо находились в сфере его влияния. Здравоохранение в них строилось по образцу советской централизованной, финансируемой правительством системы, предоставлявшей универсальные услуги здравоохранения всем гражданам. Выдвигая на первый план лечебную медицину, система создавала избыток больниц и специалистов при нехватке первичных медицинских услуг.

До и во время перехода от централизованно управляемой экономики к рыночной, поддержка системы, основанной на сети больниц, требовала затрат, выходящих за пределы возможностей правительства; в результате – в большинстве больниц не хватало современного оборудования, лекарств и ресурсов. Системы здравоохранения быстро ухудшались в 90-х годах, способствуя ослаблению профилактической медицины, в том числе и в отношении репродуктивного здоровья. Нездоровое поведение (плохое питание, курение и алкоголизм) в сочетании с низкими затратами на здравоохранение в расчете на душу населения, было одной из причин того, что продолжительность жизни в этом регионе значительно ниже, чем в Западной Европе.

Правительства всех 11 стран сталкиваются с ограниченностью ресурсов и возникающими проблемами здоровья населения. Хотя система государственной поддержки здравоохранения сохраняется во всех странах, многие правительства в настоящее время передают часть системы общенациональным страховым обществам или частному сектору, причем некоторые группы населения могут оставаться либо незастрахованными, либо с минимальными пособиями.

Рисунок 1

Снижение рождаемости в некоторых странах бывшего Советского Союза



ЗАМЕЧАНИЕ: Суммарный коэффициент рождаемости – это среднее число детей, которое родила бы женщина в течение всей жизни при сохранении существующих возрастных коэффициентов рождаемости.

ИСТОЧНИК: C. Haub and D. Cornelius, *World Population Data Sheet* (1992 and 2001)

Таблица 1

Некоторые демографические и социальные показатели

	Население на середину 2002 г. (миллионов)	Естественный прирост ^a (%)	Прогноз изменения численности населения в 2002-2050 гг. ^b (%)	Суммарный коэффициент рождаемости ^c 1998-1999 гг.	Средняя продолжительность жизни в годах		Доход на душу населения (ВНД СПС) ^d 2000 г.	Расходы на здравоохранение на душу населения ^e 1990-98 гг.	Доля (%) старшеклассниц ^f 1993/97 гг.
					Мужчин	Женщин			
Восточная Европа									
Молдова	4.3	-0.1	0	1.4	64	71	\$ 2,230	\$ 30	82
Румыния	22.4	-0.2	-24	1.3	67	74	6,360	65	78
Россия	143.5	-0.7	-29	1.3	59	72	8,010	130	91
Украина	48.2	-0.8	-20	1.2	62	74	3,700	54	94
Кавказ									
Армения	3.8	0.2	-17	1.7	70	74	2,580	27	79
Азербайджан	8.2	0.8	59	2.0	69	75	2,740	36	81
Грузия	4.4	0.0	-44	1.7	69	77	2,680	46	76
Среднеазиатские республики									
Казахстан	14.8	0.5	-5	1.8	60	71	5,490	68	91
Киргизская Республика	5.0	1.3	51	2.7	65	72	2,540	11	83
Туркменистан	5.6	1.3	42	2.9	63	70	3,800	–	–
Узбекистан	25.4	1.7	52	2.8	68	73	2,360	–	88
Западная Европа									
Австрия	8.1	0.0	1	1.3	75	81	24,600	2,108	102
Франция	59.5	0.4	9	1.9	76	83	23,020	2,287	111

^a Естественный прирост – это коэффициент рождаемости минус коэффициент смертности, что дает годовой прирост населения без учета миграции.

^b Прогноз роста (или убыли) населения основывается на текущих оценках вероятного изменения рождаемости и смертности.

^c Среднее число детей, которое родила бы женщина в течение всего репродуктивного периода своей жизни (с 15 до 49 лет) при сохранении существующих возрастных коэффициентов рождаемости. Коэффициенты рождаемости получены из официальной статистики за 1998-99 гг., за исключением Армении и Грузии, для которых показатели были скорректированы в сторону повышения на основе результатов ДМО и ИРЗ соответственно.

^d ВНД СПС выражается через валовой национальный доход, переведенный в "международные доллары" с помощью переводного коэффициента для сопоставления покупательных способностей. Международные доллары означают количество товаров и услуг, которые можно купить в Соединенных Штатах на данное количество денег.

^e Сумма общественных и частных расходов на здоровье, деленная на население страны. Выражена в долларах США.

^f Отношение в процентах числа учащихся, поступающих в среднюю школу, к численности населения соответствующей возрастной группы. Оно может превышать 100, когда число учащихся превышает численность этой возрастной группы.

ИСТОЧНИКИ: C. Haub, 2002 *World Population Data Sheet*; World Bank, *World Development Indicators 2000*; правительственные оценки рождаемости.

Тенденции в деторождении

В течение 90-х в странах этого региона наблюдалось впечатляющее падение рождаемости, в частности – суммарного коэффициента рождаемости (см. рис. 1). К 2000 г. этот показатель в большинстве стран был менее 2,1 ребенка в среднем на каждую женщину, то есть ниже того уровня, при котором численность поколения детей примерно равна численности поколения родителей, то есть, обеспечивается простое замещение поколений. Если рождаемость остается ниже этого уровня, то численность населения сокращается (при условии, что нет компенсирующей иммиграции).

Результаты обследований подтвердили, что рождаемость не превышала уровня простого воспроизводства во всех странах, кроме трех: Киргизской Республики, Туркменистана и Узбекистана (см. таблицу 1). Рождаемость продолжает уменьшаться почти во всех обследованных странах. По последним данным государственной статистики, суммарный коэффициент рождаемости варьировал от 1,2 ребенка на женщину на Украине до 2,9 ребенка на женщину в Туркменистане.

Во всех странах региона средний возраст женщин при вступлении в брак и начале деторождения ниже, чем в Западной Европе. Наиболее высокая рождаемость наблюдается у женщин в возрасте 20-24 года. Число рождений у женщин старше 30 лет во всех странах региона очень мало, и обычно оставшуюся часть репродуктивного периода жизни женщины стараются избежать беременности.

Во всем регионе, исключая страны Средней Азии, низкая рождаемость является основной

причиной того, что прирост населения либо близок к нулю, либо отрицателен (см. таблицу 1). С социальной и экономической точки зрения эта ситуация вызывает серьезную озабоченность. Из-за того, что численность населения остается постоянной или даже сокращается, некоторые политические деятели, выступая в поддержку мер, поощряющих женщин иметь больше детей, считают программы планирования семьи излишними и только ухудшающими положение.

Контрацепция и аборт: тенденции и соотношения

В течение нескольких десятилетий использование аборта в качестве основного средства регулирования рождаемости было наиболее заметным фактором репродуктивного здоровья в странах советского блока. Что касается современных противозачаточных средств, то их, как правило, трудно достать, они плохого качества, и увеличению их доступности не способствуют ни медицинское сообщество, ни те, кто формирует политику. Напротив, искусственный аборт, как правило, разрешен законом при минимальных ограничениях и доступен по низкой цене или бесплатно. Хотя правительства, агентства-доноры и неправительственные организации помогли увеличить использование современных контрацептивов, способствуя тем самым уменьшению распространенности аборт, тем не менее, аборты все еще продолжают играть важную роль в качестве средства ограничения размеров семьи в регионе.

Уровень и тенденции аборт

Среднее число аборт, которые женщина переносит

Таблица 2
Показатели репродуктивного здоровья по данным ДМО и ИРЗ

	Обследование и год	Доля использующих контрацепцию среди замужних женщин в возрасте 15-44 лет (%)			Наиболее употребляемый способ контрацепции	Незапланированные беременности ² (%)	Неудовлетворенная потребность в контрацепции ³ (%)	Доля женщин 15-24 лет, сообщивших, что имели секс до брака (%)	Число аборт на женщину в течение жизни	Беременные, получавшие мед. помощь с первых 4 мес.	Роды вне медицинских учреждений (%)	Младенческая смертность на 1000 живых рождений
		Любые мет.	Совр. мет.	Трад. мет.								
Восточная Европа												
Молдова	ИРЗ 1997	74	50	24	ВМС	42	6	26	1,3	73	0,9	—
Румыния	ИРЗ 1999	64	30	34	Прерв. пол. акт	55	6	41	2,2	60	2,0	32
Россия	ИРЗ 1999	73	53	20	ВМС	66	12	71	2,3	83	1,8	—
Украина	ИРЗ 1999	68	38	30	ВМС	54	18	51	1,6	66	0,9	—
Кавказ												
Армения	ДМО 2000	61	22	39	Прерв. пол. акт	62	15	—	2,6	54	8,5	36
Азербайджан	ИРЗ 2001	55	12	44	Прерв. пол. акт	57	12	1	3,2	45	26,3	74
Грузия	ИРЗ 1999	41	20	21	Прерв. пол. акт	59	24	1	3,7	63	7,8	42
Среднеазиатские республики												
Казахстан	ДМО 1999	62	55	8	ВМС	—	15	—	1,4	60	1,6	62
Киргизская Республика	ДМО 1997	60	50	9	ВМС	34	14	—	1,5	72	3,8	61
Туркменистан	ДМО 2000	55	47	8	ВМС	—	19	—	0,8	72	4,2	74
Узбекистан	ДМО 1996	57	53	4	ВМС	16	15	—	0,6	73	5,9	49
Западная Европа												
Австрия	—	68	65	3	Таблетки	—	—	—	—	—	—	5
Франция	—	80	74	6	Таблетки	—	—	—	—	—	—	5

² Любые методы включают современные и традиционные. Сумма второй и третьей колонок может не совсем совпадать с первой из-за округления.

³ Доля (в %) беременностей, которые либо вовсе нежелательны, либо произошли не вовремя (желательны позже).

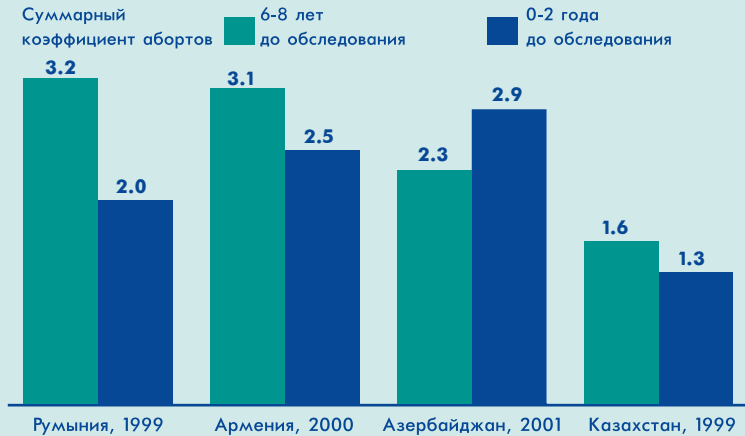
⁴ Доля (в %) способных к деторождению замужних женщин, которые говорили, что они предпочли бы избежать беременности, но не используют контрацепцию.

⁵ Данные о репродуктивном здоровье по России относятся только к трем городам.

⁶ Данные для Западной Европы взяты из С. Haub and В. Herstad, *Family Planning Worldwide 2002 Data Sheet*.

ИСТОЧНИКИ: Демографическое и медицинское обследование (ORC Macro) и Исследование репродуктивного здоровья (CDC).

Рисунок 2
Тенденции суммарного коэффициента аборт в некоторых странах



ЗАМЕЧАНИЕ: Суммарный коэффициент аборт – это число аборт, которое перенесла бы женщина в течение жизни, при условии сохранения наблюдаемых возрастных коэффициентов.

сит в течение жизни (показатель, называемый суммарным коэффициентом аборт), варьирует от 0,6 на одну женщину в Узбекистане до 3,7 на одну женщину в Грузии (см. таблицу 2). Это одни из наиболее высоких показателей в мире. В большинстве из 11 стран показатели аборт, полученные из официальной статистики, оказались ниже оценок, сделанных на основе результатов обследования, что говорит о неполноте регистрации аборт государственной статистикой.

В большинстве стран к абарту чаще всего прибегают женщины в возрасте от 20 до 34 лет. Среди женщин, сообщивших, что имели абарт, большинство заявило, что они не хотели и не могли бы себе позволить родить еще одного ребенка. В подавляющем большинстве случаев абарт заканчиваются незапланированные беременности, наступающие главным образом у женщин, которые не используют контрацепцию или пользуются традиционными средствами, имеющими сравнительно высокую частоту неудач. От 71 до 90 процентов непреднамеренных беременностей заканчиваются абартами, что показывает, что женщины решительно хотят избежать рождения незапланированных детей.

В семи из 11 обследованных стран (Армения, Грузия, Казахстан, Молдова, Румыния, Россия и Узбекистан) в 1990-е годы уровень аборт снижался. В ходе обследования у женщин спрашивали о полной истории беременностей, в том числе и о перенесенных ими абартах. Тенденции аборт оценивались на основе сравнения показателей аборт за двухлетний период, непосредственно предшествующий обследованию, с показателями, рассчитанными также для двухлетнего периода, отстоящего на 6-8 лет обследования. Уровень аборт снизились на 15-38 процентов - существенное снижение за сравнительно короткий период времени (см. рис. 2). Основное умень-

шение отмечено среди женщин в возрасте до 30 лет и обусловлено оно увеличением использования современных контрацептивов.

Тем не менее, большинство женщин продолжают рассматривать абарт как допустимое средство контроля рождаемости, хотя это и ставит их здоровье под угрозу. Несмотря на то, что абарты легальны, иногда операции аборт проводятся вне медицинских учреждений, что ведет к осложнениям и даже смертельным случаям.

Статистика естественного движения населения в Восточной Европе и Средней Азии показывает, что от 15 до 50 процентов материнской смертности обусловлено абартами.² Кроме того, ответы женщин на вопросы о проблемах, возникших после аборт, показали больше осложнений, чем сообщалось другими источниками, что заставляет предположить наличие проблем, связанных с качеством медицинского обслуживания.

Использование контрацепции

Доля замужних женщин, использующих как современную, так и традиционную контрацепцию, колеблется от 41 процента в Грузии до 74 процентов в Молдове, причем, наиболее высокий показатель использования наблюдается в восточноевропейских странах (см. таблицу 2). Пары в значительной степени сохраняют приверженность к использованию традиционных методов контроля рождаемости, в особенности – прерванного сношения и периодического воздержания. В нескольких странах, например, в Румынии и на Кавказе, более половины женщин, предохраняющихся от беременности, используют традиционные методы. Поскольку эти методы менее эффективны, чем современные, процент неудач и прерывание их использования велики, что является причиной большого числа незапланированных беременностей.

Доля современных методов контрацепции наиболее велика в странах Средней Азии, где особенно популярны внутриматочные спирали (ВМС). Современная контрацепция более широко используется в городах, нежели в сельской местности. Как и в других частях мира, чем выше уровень образования женщин, тем более высока вероятность использования ими современных методов контрацепции.

Женщины в данном регионе, в общем, информированы о существовании различных методов контрацепции, но часто они не знают, где их можно достать, как ими пользоваться, и насколько они эффективны для предотвращения беременности. Хотя сегодня количество женщин, использующих современную контрацепцию, больше, чем десять лет назад, число тех, кто использует гормональные противозачаточные таблетки, относительно мало, в основном из-за широкого распространения даже среди работников здравоохранения ошибочного представления об их побочных эффектах и риске для здоровья.

Кроме того, хотя большинство респондентов выразили нежелание иметь детей больше, чем у них уже есть, лишь немногие пары используют

иные, чем ВМС, средства контрацепции пролонгированного или постоянного действия. Это полная противоположность ситуации во многих других частях мира, где женская стерилизация является наиболее широко используемым методом контрацепции. В данном же регионе до недавнего времени стерилизация женщин с контрацептивной целью была запрещена; да и сегодня системы здравоохранения все еще не поощряют ее, и большинство работников медицинских учреждений не имеют достаточной подготовки для проведения такого рода операций. Поэтому полным ходом идут различные программы переподготовки медицинских работников, направленные на повышение их знаний о всех методах и средствах контрацепции.

Одним из показателей общего уровня потребности в планировании семьи является доля замужних женщин, которые утверждают, что желают избежать беременности, но не используют для этого никаких средств. Демографы относят их к группе женщин, имеющих неудовлетворенную потребность в контрацепции. В шести из 11 обследованных стран в эту группу входят 15 и более процентов замужних женщин (см. таблицу 2). Неудовлетворенная потребность больше всего в Грузии, где также наблюдается наиболее высокий уровень аборт, в особенности у жительниц сельской местности.

Если к тем, кто имеет неудовлетворенную потребность в контрацепции, добавить женщин, использующих малоэффективные традиционные методы, то доля нуждающихся в современной контрацепции значительно увеличится (см. рис. 3).

Зависимость между контрацепцией и числом аборт

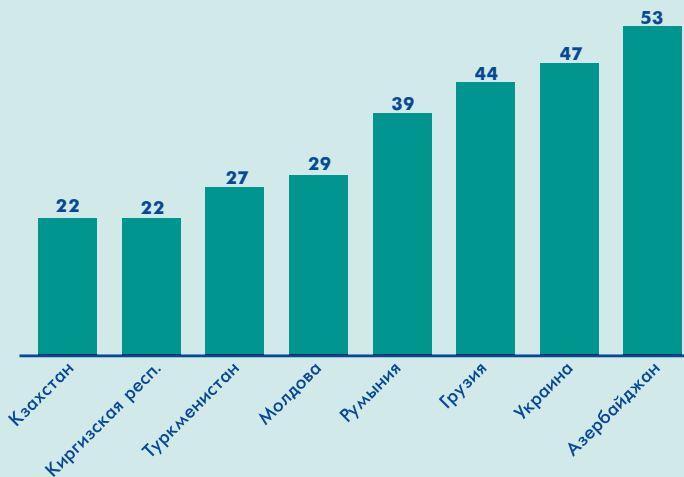
Во всех обследованных странах наблюдается четкая зависимость между числом аборт и использованием традиционных методов контрацепции: чем больше среди всех используемых методов доля традиционных, тем выше уровень аборт (см. рис. 4).

Модель, построенная на основе данных по Армении, Казахстану, Киргизской Республике и Узбекистану, показала, что если бы женщины, которые не желают забеременеть, но никак не предохраняются от беременности или пользуются традиционными методами, перешли бы к использованию современной контрацепции, то уровень аборт снизился бы на 55-64%, уменьшив более чем вдвое число аборт в этих странах.³

Уменьшение зависимости женщин от аборт потребует увеличения использования контрацепции вообще, повышения удельного веса наиболее эффективных методов и поддержки регулярного использования этих методов с помощью лучшей обеспеченности населения информацией и услугами. Отношение женщин к контрацепции создает основу для таких изменений. Примерно три четверти женщин в Азербайджане, Молдове и Румынии и более половины женщин в Грузии говорят, что они хотят получить больше информации о противозачаточных средствах. О необходимости

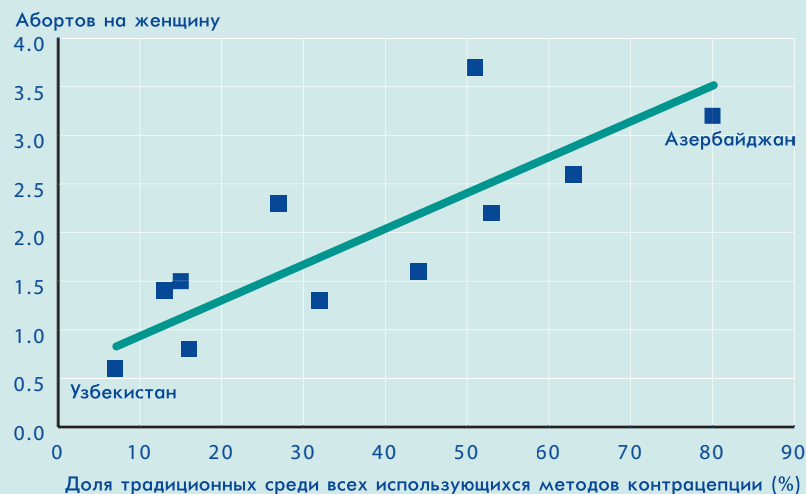
Рисунок 3
Потенциальная потребность в современной контрацепции

Доля замужних женщин в возрасте 15-44 лет (%)



*Включает замужних, способных к деторождению женщин, которые говорили, что они хотели бы избежать беременности, но которые либо не используют никакой контрацепции, либо используют традиционные методы, такие, как прерванное сношение или периодическое воздержание.

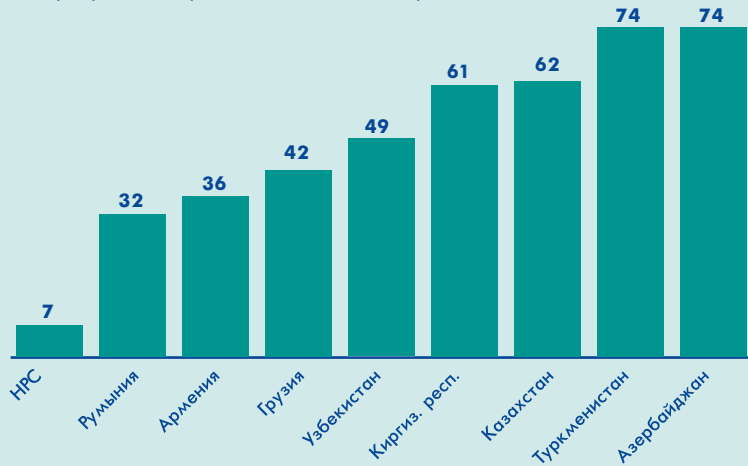
Рисунок 4
Зависимость между использованием традиционных методов контрацепции и уровнем аборт



усиления просветительной работы среди молодых людей говорит тот факт, что среди молодых, никогда не бывших замужем женщин, и женщин, использующих презерватив, самая высокая доля желающих получить больше информации о контрацепции. В большей части данного региона молодые незамужние женщины имеют меньший доступ к программам планирования семьи и к услугам медицинских учреждений в вопросах репродуктивного здоровья, чем женщины, состоящие в браке.

Рисунок 5
Коэффициент младенческой смертности в некоторых странах

Число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми



НРС = Наиболее развитые страны.

ИСТОЧНИК: CDC, Reproductive Health Surveys; ORC Macro, Demographic and Health Surveys; PRB, 2002 World Population Data Sheet (for MDCs).

Здоровье матерей

Здоровье матерей является важной мерой благополучия, но получить доступные для проверки оценки материнской смертности сложно. Хотя системы записи актов гражданского состояния в странах бывшего Советского блока достаточно детальны, они разделяют общую традицию недоучета и неправильной классификации смертей. Уровень смертности от причин, связанных с беременностью и родами, в Восточной Европе и Евразии по крайней мере вдвое выше, чем в Западной Европе.⁴ Одна из основных причин материнской смертности — осложнения при абортгах, особенно при абортгах, проводимых в небезопасных условиях.

Согласно данным обследования, во всех странах, исключая Азербайджан, подавляющее большинство родов происходило в медицинских учреждениях, и почти все происходили под наблюдением профессионально подготовленных медиков (см. таблицу 2, стр. 3).

Также под медицинским наблюдением находилось и значительное большинство беременных женщин во всех странах региона, исключая Азербайджан. Однако, к послеродовому медицинскому наблюдению прибегают намного реже, чем к другим видам охраны здоровья матерей: в трех из пяти стран, для которых имеются соответствующие данные, менее 50 процентов женщин — а в Грузии только 11 процентов — сообщили о прохождении послеродового медицинского обследования после недавних родов.

Здоровье младенцев: новые данные о младенческой смертности

Так как состояние здоровья младенца и здоровье его матери взаимосвязаны и зависят от одних и

тех же служб здравоохранения, уровень младенческой смертности в данном регионе также значительно выше, чем в Западной Европе (см. табл. 2, стр. 3, и рис. 5). При этом в Средней Азии, по данным обследования, коэффициент младенческой смертности так же высок, как в некоторых странах Южной Азии и Африки южнее Сахары.

Уровень младенческой смертности, оцененный на основе данных обследования, намного превышает показатели, рассчитанные по данным официальной статистики — в четыре раза в Азербайджане, и более чем в 1,5 раза в Румынии, Грузии и Узбекистане. Разница возникает из-за несовершенства системы учета, а также из-за особенностей определения живорождения. В обследованиях ИРЗ и ДМО использовалось стандартное определение Всемирной Организации Здравоохранения, которое правительства многих стран данного региона медлят принять или ввести в практику учета.

Как и в других частях мира, обследование обнаружило, что дети, рожденные менее образованными матерями, или рожденные менее чем через два года после появления на свет предыдущего ребенка, имеют более высокую вероятность умереть в младенчестве. Это факт указывает на постоянную необходимость просвещения по вопросу об интервалах между родами и увеличения доступности надежных методов контрацепции временного действия.

Использование профилактического здравоохранения

Многие женщины в Восточной Европе и Евразии имеют ограниченный доступ к профилактическим службам здравоохранения, особенно к тесту на рак шейки матки. Регулярно проводимый анализ мазка ПАП может резко уменьшить вероятность развития пролиферирующего рака, но большинство женщин в данном регионе не осведомлены о тесте на рак шейки матки или никогда не проверялись. Менее 50 процентов сексуально активных женщин в Молдове и Румынии сообщили, что им когда-либо делался анализ мазка ПАП; в Азербайджане и Грузии менее 5 процентов женщин сообщили, что они подвергались этому тесту.

Прохождение регулярных гинекологических осмотров рекомендуется всем женщинам репродуктивного возраста, и эти осмотры должны включать мазок ПАП и консультации по самопроверке состояния груди, планированию семьи, а также по защите от инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Результаты обследований показывают, что медицинские осмотры проводятся нерегулярно, и что ежегодный масштаб проверок очень мал. Непрерывные просветительские кампании для населения и изменение практики учреждений здравоохранения являются необходимым условием снижения заболеваемости и смертности женщин.

Инфекции, передаваемые половым путем, и ВИЧ/СПИД

С начала 90-х годов во многих странах данного региона были отмечены крупные эпидемии

ИППП, в частности сифилиса. Наиболее резкий рост в течение 90-х годов был зарегистрирован в России, Казахстане и Киргизской Республике. В Кавказском регионе и Румынии показатели оставались сравнительно низкими, хотя и превысили уровень 1990 г.⁵ Как и в других сферах, мониторинг и регистрация ИППП серьезно затрудняются недостаточностью ресурсов в системе здравоохранения.

Страны Восточной Европы и Евразии оказались также и перед лицом возникающей эпидемии ВИЧ/СПИД. Во второй половине 90-х годов здесь резко учащаются случаи ВИЧ/СПИД, хотя еще десять лет назад об этих заболеваниях никто не слышал, а в конце 2002 года, по оценке Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД, уже 1,2 миллиона человек, живущих в Восточной Европе и Средней Азии, были заражены ВИЧ.⁶ Главным путем распространения заболевания были внутривенные инъекции, но заражение через половой контакт становится все более частым, главным образом, среди молодежи и растущего числа лиц, предоставляющих сексуальные услуги.⁷ Международные эксперты по СПИД предупредили, что от этих групп эпидемия может быстро распространиться на население в целом.

Существует необходимость проведения информационных кампаний о ВИЧ/СПИД и о том, как предотвратить их распространение. Хотя осведомленность о ВИЧ/СПИД высока, — не менее 93 процентов женщин в шести из восьми обследованных стран слышали о ВИЧ/СПИД, — лишь немногие из них знают, что человек может быть носителем ВИЧ/СПИД, не имея симптомов болезни, и еще меньше знают о том, каким путем ВИЧ/СПИД может передаваться. В Молдове и Румынии лишь половина опрошенных без подсказки указали на использование презерватива для предотвращения заражения ВИЧ. В других пяти странах, для которых имеются соответствующие данные, на эту возможность указало лишь около трети опрошенных. Проблема сохраняется, несмотря на то, что правительства стран региона для предотвращения растущей эпидемии уже начали программы, направленные на уменьшение уязвимости и расширение защиты молодежи, доля которой среди вновь инфицированных лиц наиболее высока.

Насилие против женщин

В нескольких странах обследование ИРЗ впервые предоставило в национальном масштабе данные о насилии против женщин. Это насилие включает различные виды поведения и действий, направленных против женщин, и наиболее часто проявляется мужчиной в отношении его жены, сожительницы или партнера (домашнее насилие). Факторы насилия включают стереотипы поведения полов, экономическую зависимость женщин от мужчин, приемлемость насилия в данной культуре, и отсутствие или распыленность законов, защищающих женщин.

В пяти из шести стран, по которым имеются данные о физическом насилии, от 15 до 29 про-

Рисунок 6

Доля женщин, сообщивших, что пострадали от насильственных действий супруга или партнера

Доля пострадавших среди когда-либо бывших замужем женщин в возрасте 15-44 года (%)



ЗАМЕЧАНИЕ: : Данные для России охватывают только три города. Все данные представляют случаи насильственных действий в течение всей жизни.

ентов женщин, когда-либо бывших замужем, сообщили, что подвергались такому насилию, причем от 8 до 10 процентов сообщили, что они подвергались физическому насилию в течение последнего года (см. рис. 6). В Румынии, где опрашивались не только женщины, но и мужчины, частота насильственных действий в отношении женщин по ответам мужчин и женщин оказалась примерно одинаковой. Это свидетельствует о том, данные обследования по этому вопросу заслуживают доверия.

Поскольку домашнее насилие влияет на физическое, психическое, экономическое и социальное благополучие женщин, оно влияет и на их репродуктивное здоровье. Женщины, подвергшиеся домашнему насилию, могут оказаться неспособными эффективно и последовательно использовать контрацепцию. Они также не могут в достаточной степени контролировать ситуацию или не в состоянии отстаивать свою позицию в отношении планирования беременности, избежания ИППП и использования профилактических служб здравоохранения, таких, как медицинское наблюдение в период беременности.

Главные задачи

Улучшение деятельности служб охраны репродуктивного здоровья, эффективность затрат на которые наиболее велика, может значительно улучшить здоровье женщин и их детей.⁹ Результаты недавних обследований показывают, что уменьшение уровня аборт и улучшение репродуктивного здоровья женщин будет частично зависеть от роста использования современных контрацептивов. Службы здравоохранения, как государственные, так и частные, должны сделать средства контрацепции широко доступными и обеспечить жен-

Для дополнительной информации

Это краткое сообщение основано на докладе *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report*, изданном Centers for Disease Control and Prevention и ORC Macro. Чтобы получить полный 238-страничный доклад, надо связаться с CDC:

Division of Reproductive Health
Centers for Disease Control and Prevention
Mail Stop K-23
4770 Buford Highway NE
Atlanta, GA 30341, U.S.A.
Tel. 1-770 488-6200
Fax 1-770 488-6242
E-mail: vhaynes@cdc.gov

щин информацией и соответствующим консультированием, чтобы помочь им выбрать методы наиболее подходящие и эффективные с точки зрения их личной ситуации и предпочтений в деторождении. Стандарты охраны здоровья должны включать консультирование после абортов, чтобы женщины, перенесшие аборт, могли узнать методы контрацепции и избежать повторных абортов.

Развитие просвещения и медицинской помощи необходимо, чтобы заполнить недостаток осведомленности женщин в таких важных вопросах репродуктивного здоровья, как использование методов планирования семьи, необходимость регулярных гинекологических осмотров, послеродовое и послеабортное медицинское наблюдение, пути предупреждения ИППП и ВИЧ/СПИД, а также чтобы предоставить информацию об учреждениях, куда женщина может обращаться за помощью, если она подвергается жестокому обращению. Кроме того, особое внимание должно быть уделено охране репродуктивного здоровья молодых людей – будущих родителей.

Обследования, подобные ИРЗ и ДМО, предоставляют ценную информацию для развития новых программ, оценки эффективности существующих программ и реформирования систем здравоохранения. В будущем, для того, чтобы отслеживать тенденции изменения младенческой и материнской смертности, числа абортов, использования контрацепции и других аспектов репродуктивного здоровья, надо будет проводить больше обследований и сравнительных исследований, но значительно меньшего масштаба.

Литература

¹ В Чешской республике обследование было проведено в 1993 г. Результаты (и более подробные результаты для 11 других стран) включены в полный сравнительный отчет и отчеты по отдельным странам, опубликованные ORC Macro и CDC.

² World Health Organization (WHO), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion With a Listing of Available Country Data*, 3d ed. (Geneva: WHO, 1998)

³ Charles F. Westoff et al., *Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics*. (Calverton, MD: Policy Project and Macro International, 1998); Charles F. Westoff, "The Substitution of Contraception for Abortion in Kazakhstan in the 1990s," *DHS Analytical Studies 1* (Calverton, MD: ORC Macro, 2000); and Charles F. Westoff et al., "Contraception-Abortion Connections in Armenia," *DHS Analytical Studies 6* (Calverton, MD: ORC Macro, 2002).

⁴ Ken Hill et al., "Estimates of Maternal Mortality for 1995," *Bulletin of the World Health Organization* 79, no.3 (2001): 182-93.

⁵ Gabriele Riedner et al., "Recent Declines in Reported Syphilis Rates in Eastern Europe and Central Asia: Are the Epidemics Over?" *Sexually Transmitted Infections* 76, no. 5 (2000): 363-65.

⁶ Joint UN Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and WHO, *AIDS Epidemic Update: December 2002* (Geneva, UNAIDS, 2002).

⁷ UNAIDS/WHO, *AIDS Epidemic Update*: 13-16.

⁸ UNAIDS/WHO, *AIDS Epidemic Update*: 13-16.

⁹ World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health* (Washington, DC: World Bank, 1993).

Благодарности

Лори Эшфорд (Lori Ashford) из Бюро Данных о Народонаселении (Population Reference Bureau) подготовила это краткое сообщение совместно с Лео Моррисом (Leo Morris), Говардом Голдбергом (Howard Goldberg) и Флориной Сербанеску (Florina Serbanescu) из Центра по Контролю и Предотвращению Заболеваний, Джеремайя Салливаном (Jeremiha Sullivan) из OPC Макро, и Мери Джо Лейзир (Mary Jo Lazear) и Мери Энн Микка (Mary Ann Micka) из Европейского и Евразийского Бюро Агентства по Международному Развитию США. Специальная благодарность нескольким рецензентам: Дженифер Адамс (Jennifer Adams), Александру Авдееву (Alexandre Avdeev), Генри Дэвиду (Henry David), Даниеле Драгичи (Daniela Draghici), Таре Милани (Tara Milani), Габриеле Палеру (Gabriela Paleru), Мери Скари (Mary Skarie), Чарльзу Вестофф (Charles Westoff) и Нэнси Йингер (Nancy Yinger). Это сообщение субсидировалось USAID в рамках проекта MEASURE Communication project (HRN-A-00-98-000001-00).

Кратко о БДН (PRB)

Основанное в 1929 г., Бюро Данных о Народонаселении (Population Reference Bureau) является лидером в предоставлении своевременной и объективной информации о тенденциях демографических изменений в США в мире, и о последствиях этих изменений. БДН информирует ответственных должностных лиц, деятелей образования, средства массовой информации и граждан. БДН работает в общественных интересах по всему миру, используя разные виды активности, включая публикации, информационную службу, семинары и встречи рабочих групп, и техническую поддержку. Наши усилия поддерживаются правительственными контрактами, грантами фондов и организаций, индивидуальными и корпоративными взносами, и продажей публикаций. БДН управляется Советом Директоров, представляющим интересы разнообразных местных и профессиональных групп.

© Сентябрь 2003 г., Бюро Данных о Народонаселении / September 2003, Population Reference Bureau



POPULATION REFERENCE BUREAU

MEASURE Communication

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 USA

Tel.: 202-483-1100 Fax: 202-328-3937 E-mail: measure@prb.org or popref@prb.org

Website: www.measurecommunication.org or www.prb.org

