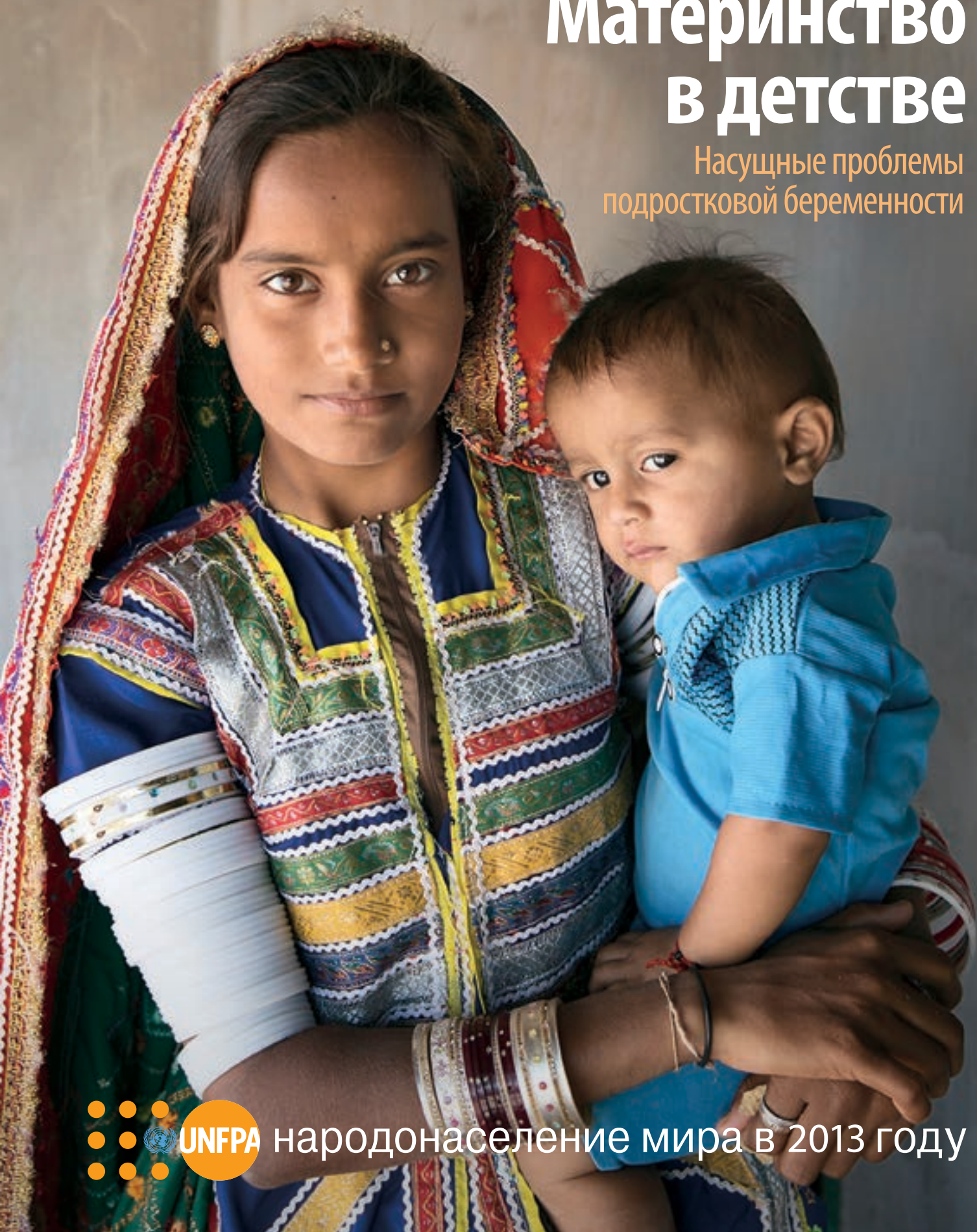


Материнство в детстве

Насущные проблемы
подростковой беременности



UNFPA

население мира в 2013 году

Народонаселение мира в 2013 году

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

ВЕДУЩИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬ И АВТОР

Доктор философских наук Нэнси Уильямсон преподает в Школе глобального здравоохранения им. Гиллингса, Университет Северной Каролины. Ранее она работала директором проекта ЮСАИД «YouthNet» и молодежного проекта «Basha Lesedi» в Ботсване, финансировавшегося центрами Соединенных Штатов Америки по борьбе с заболеваниями и их профилактике. Она преподавала в Браунском университете, работала в Совете по вопросам народонаселения и Международной организации по охране здоровья семьи. Она жила в Индии и на Филиппинах и занималась там осуществлением проектов планирования семьи. Автор многочисленных научных работ, г-жа Уильямсон также является автором обследования *Sons or daughters: a cross-cultural survey of parental preferences* («Сыновья или дочери: межкультурное обследование предпочтений родителей»), в котором рассматриваются предпочтения, отдаваемые сыновьям или дочерям в разных странах мира.

КОНСУЛЬТАНТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Роберт У. Блюм, доктор медицины, магистр общественного здравоохранения, доктор философии, профессор Программы Уильяма Гейтса-старшего и председатель Отдела народонаселения, семьи и репродуктивного здоровья и директор Института здоровья городского населения им. Хопкинса в Школе общественного здравоохранения Блумберга при Университете Джона Хопкинса. Доктор Блюм пользуется международным признанием за свой опыт и деятельность по популяризации исследований в области сексуального и репродуктивного здоровья подростков. Он был редактором двух книг и сам написал свыше 250 статей, глав книг и докладов. Он был президентом Общества за медицину для подростков, председателем правления Гутмахеровского института, членом национальной академии наук Соединенных Штатов и консультантом Всемирной организации здравоохранения и ЮНФПА.

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ГРУППА ЮНФПА

Брюс Кэмпбел
Кейт Гилмор
Мона Кайдби
Лаура Ласки
Эдильберто Лоаиза
Соня Мартинелли-Хекадон
Нийи Оджоларе
Джагдиш Упадхьяй
Сильвия Вонг

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Редактор: Ричард Коллодж

Помощник редактора: Роберт Пучалик

Сотрудник по редакционным и административным вопросам: Мирей Чалджуб

Руководитель отдела сбыта: Джаиш Гулраджани

Дизайн: «Прографик инк.»

Фото на обложке: © Марк Тушман/Глобальная федерация планируемого родительства

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Редакционная коллегия выражает признательность за дополнительные идеи, материалы и замечания нашим коллегам из ЮНФПА, в том числе Альфонсо Барагесу, Абубакару Дунгусу, Луису Море и Диане Стюарт. Эдильберто Лоаиза подготовил данные статистического анализа, которые легли в основу настоящего доклада.

Мы также благодарим коллег из ЮНФПА Айшу эль-Басри, Йенса-Хагена Эшенбахера, Николь Фостер, Адебайо Файоин, Юга Конне, Уильяма А. Райана, Альваро Серрано и многочисленных коллег из отделений ЮНФПА во всем мире за подготовку очерков и обеспечение учета собственных мнений подростков при подготовке доклада.

Ряд рекомендаций в докладе основаны на результатах проведенного в ЮНФПА Квабеной Осей-Данко и Рашель Сноу исследования прогресса, достигнутого со времени принятия Программы действий на Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года.

Ширина Джеджибхой из Совета по вопросам народонаселения изучила литературу и подготовила текст о сексуальном насилии в отношении подростков. Никола Джонс из Института по вопросам развития зарубежных стран подготовила краткое изложение исследования по вопросу денежных выплат подросткам. Моника Котари из «Макро интернэшнл» проанализировала данные демографических и медицинских обследований о репродуктивном здоровье подростков. Кристина Зампас возглавляла исследования и подготовку разделов доклада, посвященных правозащитному аспекту подростковой беременности.

КАРТЫ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

Употребляемые обозначения и изложение материалов на картах в настоящем докладе не означает выражения со стороны ЮНФПА какого бы то ни было мнения относительно правового статуса страны, территории, города или района или их властей или относительно делимитации их границ. Пунктирная линия приблизительно соответствует контрольно-разграничительной линии в Джамму и Кашмире, согласованной между Индией и Пакистаном. Окончательный статус Джамму и Кашмира сторонами еще не согласован.

UNFPA

Создание во всем мире условий, при которых каждая беременность стала бы желанной, каждые роды — безопасными, и все юноши и девушки могли бы полностью реализовать свой потенциал



Народонаселение мира в 2013 году

Материнство в детстве

Насущные проблемы
подростковой беременности

Предисловие стр. ii

Общий обзор стр. iv

1 Глобальная проблема стр. 1

2 Последствия для здоровья, образования
и производительности труда девочек стр. 17

3 Давление по многим направлениям стр. 31

4 Принятие мер стр. 59

5 Прокладывая путь вперед стр. 87

Показатели стр. 105

Библиография стр. 117

Предисловие

Беременность коренным образом изменяет настоящее и будущее девушки, причем далеко не всегда к лучшему. Она может означать конец ее образованию, исчезновение перспектив трудоустройства и многократное повышение ее уязвимости для нищеты, изоляции и зависимости.

Многие страны зачастую пытаются решить проблему предупреждения подростковой беременности, принимая меры, направленные на изменение поведения девочек. Такие действия подразумевают, что именно девочка несет ответственность за предупреждение беременности, и исходят из того, что если она забеременела, то это ее вина.

Такие подходы и рассуждения ошибочны, поскольку они не учитывают обстоятельства, в которых оказываются девочки-подростки, и давление со стороны общества, которому они подвергаются, что в совокупности делает материнство весьма вероятным итогом их перехода от детства к взрослой жизни. Например, когда девочку насильно выдают замуж в юном возрасте, она редко может повлиять на то, стоит ли ей беременеть, когда и как часто это делать. Меры по предупреждению беременности, будь то в виде рекламной кампании или программы распространения презервативов, не имеют никакого значения для девочки, которая не в состоянии принимать никаких решений в этом вопросе.

На самом деле необходим новый подход к осмыслению проблемы подростковой беременности. Вместо того чтобы рассматривать девочку как источник проблемы и пытаться справиться с подростковой беременностью, меняя ее поведение, правительства, общины, семьи и школы должны признать, что реальной проблемой являются нищета, гендерное неравенство, дискриминация, отсутствие доступа к услугам и негативное отношение к девочкам и женщинам и что единственным реальным

путем уменьшения числа подростковых беременностей является достижение социальной справедливости, равноправного развития и расширения возможностей девочек.

Основные усилия по предотвращению подростковой беременности — и соответствующие ресурсы — направляются, как правило, на работу с девочками в возрасте от 15 до 19 лет. Однако в наиболее уязвимом положении находятся девочки в возрасте 14 лет и младше, которые к тому же подвергаются наибольшему риску осложнений и смерти в результате беременности и родов. Эта группа крайне юных подростков, как правило, игнорируется или не охватывается программами национальных учреждений, занимающихся вопросами здравоохранения, образования и развития, зачастую в силу того, что эти девочки насильно выдаются замуж, и им не разрешается посещать школу или обращаться за услугами в области сексуального и репродуктивного здоровья. Их нужды огромны, и правительствам, гражданскому обществу, общинам и международному сообществу необходимо приложить гораздо больше усилий, чтобы защитить их и способствовать безопасному и здоровому переходу от детства к подростковому возрасту и затем к взрослой жизни. Единственным реальным показателем успеха — или неудачи — действий правительств, учреждений, занимающихся вопросами развития, гражданского общества и общин по решению проблемы подростковой беременности является то, насколько хорошо или плохо мы обеспечиваем удовлетворение нужд этой игнорируемой группы.



Проблема подростковой беременности неразрывно связана с вопросами прав человека. Например, беременная девочка, которую заставляют бросить учебу или исключают из школы, лишается своего права на образование. Девочка, которой запрещено обращаться за противозачаточными средствами или даже за информацией о предупреждении беременности, лишается своего права на здоровье. И наоборот, девочка, которая может воспользоваться своим правом на образование и продолжает школьное обучение, с меньшей вероятностью забеременеет, чем ее сверстницы, бросившие учиться или исключенные из школы. Таким образом, реализация одного права дает ей больше возможностей реализовать другие.

С точки зрения прав человека беременность девочки — вне зависимости от обстоятельств или причин, которыми она вызвана, — ущемляет ее права.

Важнейшее значение для защиты этих прав имеют инвестиции в человеческий капитал. Такие инвестиции не только помогают девочкам полностью раскрыть свой потенциал, но и являются частью обязанности правительства защищать права девочек и соблюдать договоры и инструменты в области прав человека, такие как Конвенция о правах ребенка, и международные соглашения,

в том числе Программу действий Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года, которой ЮНФПА продолжает руководствоваться в своей деятельности и сегодня.

Международное сообщество разрабатывает новую повестку дня в области устойчивого развития, которая должна после 2015 года прийти на смену Декларации тысячелетия и сформулированным в ней целям в области развития. Правительства, преисполненные решимости сократить число случаев подростковой беременности, должны также обязаться обеспечить полный учет в этой новой повестке дня в области развития нужд, проблем, чаяний, факторов уязвимости и прав подростков, особенно девочек.

Сегодня в мире насчитывается 580 млн. девочек-подростков. Четыре пятых из них проживают в развивающихся странах. Инвестиции, направляемые сегодня на их развитие, позволят им полностью раскрыть свой потенциал, что будет определять будущее человечества.

Д-р Бабатунде Осотимехин

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

▲ Д-р Осотимехин с подростками, занимающимися просвещением сверстников, в Южной Африке

© ЮНФПА/Райана Рассул

Общий обзор

Каждый день в развивающихся странах 20 тысяч девочек, не достигших 18-летнего возраста, становятся матерями. Случаи родов в раннем возрасте отмечаются и в развитых странах, но там их число гораздо меньше.

В любом регионе мира нищие и плохо образованные девочки, проживающие в сельской местности, подвергаются большему риску забеременеть, чем их более богатые и образованные сверстницы, живущие в городах. Кроме того, риск забеременеть выше у девочек, которые являются выходцами из этнических меньшинств или маргинализированных групп, лишены права выбора и возможностей в жизни или имеют ограниченный доступ к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая информацию о противозачаточных средствах и соответствующие услуги, или вовсе лишены такого доступа.

Большинство случаев рождения детей подростками во всем мире — 95 процентов —

приходится на развивающиеся страны, причем в девяти случаях из десяти дети рождаются в браке или гражданском союзе.

Около 19 процентов молодых женщин в развивающихся странах оказываются беременны до достижения 18-летнего возраста. На долю девочек в возрасте до 15 лет приходится 2 млн. из 7,3 млн. детей, ежегодно рождающихся у девочек-подростков в возрасте до 18 лет в развивающихся странах.

Последствия для здоровья, образования и производительности труда

Беременность может иметь непосредственные и долгосрочные последствия для здоровья и образования девочки и имеющихся у нее возможно-

НАСУЩНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ



- Ежедневно в мире рожают 20 тысяч девочек
- Утраченные возможности получения образования и другие нереализованные возможности
- Ежегодно от осложнений при беременности и родах умирают 70 тысяч подростков
- На долю подростков ежегодно приходится 3,2 миллиона небезопасных абортов
- Увековечение нищеты и отчуждения
- Отказ в основных правах человека
- Остается нераскрытым потенциал девочек

стей получения доходов. Зачастую она меняет всю ее жизнь. И характер этого изменения отчасти зависит от того, сколько девочке лет.

В странах с низким и средним уровнем дохода матери, не достигшие 15-летнего возраста, подвергаются вдвое большему риску материнской смертности, чем женщины постарше; кроме того, у представительниц этой юной группы гораздо чаще, чем у более взрослых женщин, образуются акушерские свищи.

Ежегодно в развивающихся странах по причинам, связанным с беременностью и родами, умирают около 70 тысяч подростков. Беременность и роды являются одной из главных причин смерти и у более взрослых девушек-подростков в развивающихся странах. Забеременевшие подростки, как правило, оказываются выходцами из семей с низким уровнем дохода и страдают от недостаточного питания. Возникновение проблем со здоровьем более вероятно, если беременность у девочки начинается сразу же после полового созревания.

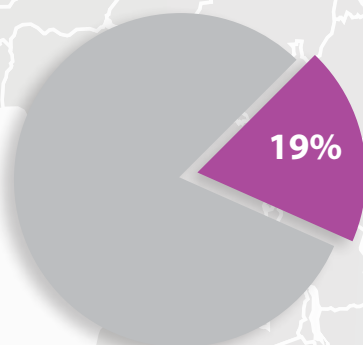
«Мне было 14 лет... Мама вместе с сестрами начали готовить еду, а папа попросил моих братьев, сестер и меня одеться понаряднее, потому что у нас будет праздник. Я не знала, что происходит, и поэтому праздновала вместе со всеми. В этот день я узнала, что мы отмечаем мою свадьбу и что теперь я должна жить с мужем. Я попыталась сбежать, но меня поймали. Так я оказалась замужем за человеком, который был в три раза старше меня... Этот брак должен был уберечь меня от распутства. В результате школа оказалась для меня закрыта. Десять месяцев спустя я оказалась с ребенком на руках. Однажды я решила сбежать, но согласилась вернуться к мужу, если он позволит мне посещать школу. Я вернулась в школу, и сейчас у меня трое детей и я учусь в седьмом классе».

Кларисса, 17 лет, Чад

ПЕРВОПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМЫ

- Детские браки
- Гендерное неравенство
- Препятствия на пути реализации прав человека
- Нищета
- Сексуальное насилие и принуждение
- Национальная политика, ограничивающая доступ к противозачаточным средствам и адаптированному с учетом возраста половому воспитанию
- Отсутствие доступа к образованию и услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья
- Недоинвестирование в человеческий капитал девочек-подростков

БЕРЕМЕННОСТЬ ДО ДОСТИЖЕНИЯ 18-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА



Около 19 процентов молодых женщин в развивающихся странах оказываются беременны до достижения 18-летнего возраста

Девочки, которые дольше продолжают учиться в школе, подвергаются меньшему риску забеременеть. Образование готовит девочек к жизни и работе, повышает их самооценку и их статус в семье и общине и дает им возможность оказывать больше влияния на решения, затрагивающие их жизнь. Кроме того, образование снижает вероятность детских браков и позволяет отсрочить беременность, что в конечном итоге предопределяет более положительные последствия родов для здоровья. Решение девочки бросить школу — из-за беременности или по какой-либо иной причине — может поставить под угрозу ее будущие экономические перспективы и лишить ее других возможностей в жизни.

Множество сил, действующих вопреки интересам девочек-подростков

«Экологический» подход к проблеме подростковой беременности — это подход, учитывающий весь комплекс сложных факторов, подталкивающих подростков к беременности, и их взаимодействие. Он может помочь правительствам, национальным руководителям и заинтересованным сторонам разобраться в проблемах и разработать более эффективные меры, которые не только приведут к уменьше-

нию числа случаев беременности, но и помогут разрушить многочисленные барьеры, препятствующие расширению возможностей девочек, с тем чтобы беременность не являлась впредь самым вероятным исходом.

Одна из таких экологических моделей, разработанная Робертом Блюмом из Школы общественного здравоохранения им. Блумберга в Университете Джона Хопкинса, дает представление о совокупности сил, действующих вопреки интересам девочки-подростка и повышающих вероятность того, что она забеременеет. Хотя эти силы носят многочисленный и многоуровневый характер, все они, так или иначе, ущемляют способность девочки пользоваться своими правами и возможностями, позволяющими ей самостоятельно определять свое будущее. В этой модели учитываются силы, действующие на всех уровнях: начиная с национального (такие как политика, регулирующая доступ подростков к противозачаточным средствам, или отсутствие мер по обеспечению соблюдения законов, запрещающих детские браки) и заканчивая индивидуальным (такие как социализация девочек и влияние общественного мнения на складывающиеся у них убеждения в отношении беременности).

ДАВЛЕНИЕ ПО МНОГИМ НАПРАВЛЕНИЯМ И УРОВНЯМ

«Экологический» подход к проблеме подростковой беременности — это подход, учитывающий весь комплекс сложных факторов, подталкивающих подростков к беременности, и их взаимодействие.

Давление на всех уровнях направлено против интересов девочек и приводит к беременностям (как планируемым, так и нет). Национальные законы могут лишать девочку доступа к противозачаточным средствам. Бытующие в общине нормы и взгляды могут препятствовать ее доступу к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья или попустительствовать насилию в отношении нее, если она каким-то образом получает такой доступ. Члены семьи могут насильно выдать ее замуж, после чего она практически или совершенно лишится возможности отказаться от рождения детей. В школах могут отсутствовать программы полового воспитания, так что ей приходится полагаться на ту (зачастую недостоверную) информацию в вопросах половой жизни, беременности и контрацепции, которую она получает от сверстников. Ее партнер может отказаться пользоваться презервативами или может запретить ей использовать любые противозачаточные средства.



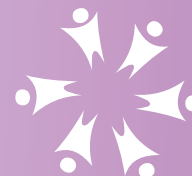
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ
УРОВЕНЬ



СЕМЬЯ



ШКОЛА/
СВЕРСТНИКИ



ОБЩИНА

Большинство определяющих факторов в этой модели действуют более чем на одном уровне. Например, политика, проводимая на *национальном уровне*, может ограничивать доступ подростков к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая противозачаточные средства, а *община* или *семья* может выступать против участия девочек в программах комплексного полового воспитания или получения другой информации о способах предупреждения беременности.

Эта модель наглядно показывает, что подростковые беременности происходят не на пустом месте, а являются следствием взаимодействия ряда факторов, таких как повсеместная нищета, непротивление общин и семей детским бракам и недостаточно активные попытки удержать девочек в школе.

Для большинства подростков, не достигших 18-летнего возраста, и особенно для тех, кому еще не исполнилось 15 лет, беременность не является результатом осознанного выбора. Напротив, беременность, как правило, оказывается результатом отсутствия выбора и следствием обстоятельств, на которые девочка не в силах повлиять. Ранняя беременность является признаком бессилия, нищеты и дав-

ления — со стороны партнеров, сверстников, семей и общин. Слишком часто беременность оказывается также результатом сексуального насилия или принуждения. Девочки, практически лишенные самостоятельности — особенно насильно выданные замуж, — почти не могут повлиять на решение вопроса о том, стоит ли беременеть и когда.

Подростковая беременность — это причина и одновременно следствие нарушений прав. Беременность подрывает возможность реализации девочкой своих прав на образование, здравоохранение и самостоятельность, которые гарантированы такими международными договорами, как Конвенция о правах ребенка. И напротив, когда девочка не в состоянии воспользоваться основными правами, такими как право на образование, она становится более уязвимой для опасности забеременеть. Согласно Конвенции о правах ребенка, любой человек, не достигший 18-летнего возраста, считается ребенком. Ежедневно для почти 200 девочек-подростков ранняя беременность приводит к бесповоротному нарушению всех их прав — смерти.

Права девочек уже защищены — на бумаге — международной нормативной базой, которая

ПОДРОСТКОВАЯ РОЖДАЕМОСТЬ

95%

95 процентов родов среди подростков приходится на долю развивающихся стран



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
УРОВЕНЬ

предписывает правительствам принимать меры, дающие девочкам возможность пользоваться своими правами на образование, здоровье и жизнь, свободную от насилия и принуждения. Дети обладают такими же правами человека, как и взрослые, но при этом пользуются особой защитой для устранения неравенства, обусловленного их возрастом.

Защита прав, которыми обладают девочки, может помочь устранить многие из условий, способствующих подростковой беременности, и позволить смягчить многочисленные последствия такой беременности для девочки, ее семьи и ее общины.

Решение этих проблем путем принятия мер, защищающих права человека, имеет ключевое значение для успеха попыток разорвать порочный круг ущемления прав, нищеты, неравенства, отчуждения и подростковой беременности.

Правозащитный подход к решению проблемы подростковой беременности предполагает взаимодействие с правительствами в вопросах устранения препятствий на пути реализации девочками своих прав. Это означает устранение первопричин проблемы, таких как детские браки, сексуальное насилие и принуждение,

отсутствие доступа к образованию и средствам охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая противозачаточные средства и информацию. Однако правительства не в состоянии сделать это самостоятельно. Важную роль в этом отношении играют и другие заинтересованные стороны и лица, несущие ответственность за судьбу девочек, такие как учителя, родители и общинные лидеры.

Устранение первопричин проблемы

Поскольку подростковая беременность — это результат действия разнообразных социальных, экономических и других сил, ее предупреждение требует осуществления комплексных стратегий, ориентированных на расширение возможностей девочек и адаптированных к нуждам конкретных групп девочек, особенно маргинализированных и наиболее уязвимых.

Многие действия правительств и гражданского общества, позволившие снизить уровень подростковой рождаемости, были направлены на достижение *других* целей, таких как удержание девочек в школах, профилактика ВИЧ-инфекции или ликвидация детских браков. Эти действия также могут быть направлены на наращива-

РЕШЕНИЯ



РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЕВОЧЕК

Повышение самостоятельности девочек, предоставление им возможности самим принимать решения в жизни



УВАЖЕНИЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ВСЕХ

Гарантирование прав может помочь устранить условия, способствующие подростковой беременности



УСТРАНЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА

Создание равных условий для девочек и мальчиков



СОКРАЩЕНИЕ МАСШТАБОВ НИЩЕТЫ

Главной причиной подростковой беременности в развивающихся и развитых странах является нищета

ние человеческого капитала, распространение информации или навыков, расширяющих возможности девочек по принятию жизненно важных решений, и обеспечение или защиту основных прав человека, которыми обладают девочки.

Как показывают исследования, решение проблемы нежелательной беременности у подростков требует наличия согласованного подхода, а поскольку эта деятельность сопряжена с серьезными и непростыми трудностями, ни один сектор или организация не в состоянии справиться с ними самостоятельно. Лишь совместная работа различных секторов во взаимодействии с самими подростками может устранить ограничения на пути их развития.

Для того чтобы удерживать девочек-подростков на пути здорового, безопасного и жизнеутверждающего развития, требуются комплексные, стратегические и адресные инвестиции, направленные на устранение многочисленных источников их уязвимости, которые различаются в зависимости от возраста, способностей, уровня доходов, места жительства и многих других факторов. Это также требует осознанных усилий по учету разнообразных обстоятельств, в которых оказываются подростки,

и выявлению девочек, которые подвергаются наибольшему риску подростковой беременности и неблагоприятным последствиям в области репродуктивного здоровья. Такие межсекторальные программы необходимы не только для максимального раскрытия потенциала девочек во всех областях — с точки зрения состояния здоровья, уровня образования и качества жизни, — но и для расширения возможностей девочек благодаря сетям социальной поддержки и повышению их статуса дома, в семье, в общине и в отношениях с лицами противоположного пола. Определенный вклад могут внести и менее сложные, но стратегически верные меры. Одной из таких мер могли бы быть обусловленные денежные выплаты девочкам, с тем чтобы они могли продолжать школьное обучение.

Направления будущих действий

Многие страны принимают меры, направленные на *предупреждение* подростковой беременности, а в некоторых случаях и на оказание помощи забеременевшим девочкам. Однако многие из принятых на сегодняшний день мер направлены главным образом на изменение поведения

ВОСЕМЬ СПОСОБОВ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

1 Девочки в возрасте от 10 до 14 лет

Принять превентивные меры в интересах юных подростков

2 Детские браки

Покончить с вступлением в брак до достижения 18-летнего возраста, предотвращать сексуальное насилие и принуждение

3 Многоуровневые подходы

Раскрывать потенциал девочек во всех областях; удерживать девочек на пути здорового, безопасного и жизнеутверждающего развития

4 Права человека

Защищать права на здоровье, образование, безопасность и свободу от нищеты

5 Образование

Побудить девочек ходить в школу и дать им возможность дольше продолжать учебу

6 Вовлечение мужчин и мальчиков

Помочь им стать частью решения

7 Половое воспитание и доступ к услугам

Расширять объем адаптированной с учетом возраста информации, оказывать медицинские услуги, которыми пользуются подростки

8 Справедливое развитие

Разработать программу действий на период после осуществления ЦРТ, в основе которой лежали бы права человека, равноправие, устойчивость

«На самом деле люди склонны осуждать других, потому что так устроены. Горько сознавать, что люди могут быть очень злопамятными... что бы ты ни сделал... через что бы тебе ни пришлось пройти, чтобы преодолеть все трудности... они все равно будут вспоминать: “Она родила, когда ей было всего 15”».

Тонетт, 31 год, забеременела в 15 лет, Ямайка

самой девочки, но при этом не предполагают изменения лежащих в основе этой проблемы определяющих факторов и движущих сил, включая гендерное неравенство, нищету, сексуальное насилие и принуждение, детские браки, давление общества, лишение возможностей получения образования и трудоустройства и негативное отношение к девочкам-подросткам и бытующие стереотипы, а также игнорирование роли мальчиков и мужчин.

Как показывает опыт осуществления эффективных программ, необходим радикальный сдвиг: переход от осуществления адресных мер, ориентированных исключительно на изменение поведения девочек или на предупреждение беременности, к более широким подходам, предусматривающим наращивание человеческого капитала девочек, повышение их самостоятельности в принятии решений в отношении своей судьбы (в том числе в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья) и предоставление им реальных возможностей, с тем чтобы они не рассматривали материнство как единственный имеющийся у них жизненный выбор. Эта новая парадигма должна предусматривать изменение обстоятельств, условий, норм, ценностей и структурных факторов, которые, с одной стороны, увековечивают явление подростковой беременности, а с другой — изолируют и маргинализируют беременных девочек. Девочки нуждаются как в доступе к услугам и информации в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, так и в избавлении от экономического и социального давления, которое слишком часто приводит к беременности и нищете, плохому здоровью и —

ВЫГОДЫ

ЗДОРОВЬЕ



УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Более поздняя беременность снижает риск для здоровья девочек и их детей

ОБРАЗОВАНИЕ



УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ДЕВОЧЕК, ЗАВЕРШАЮЩИХ СВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Это снижает вероятность детских браков и позволяет отсрочить беременность, что, в конечном итоге, предопределяет более благоприятные последствия для здоровья. Кроме того, это развивает навыки, повышает статус девочек

РАВНОПРАВИЕ



РАВНЫЕ ПРАВА И ВОЗМОЖНОСТИ

Предупреждение беременности помогает гарантировать девочкам возможность пользоваться всеми основными правами человека.

в силу этого — нереализованному человеческому потенциалу.

Необходимо приложить дополнительные усилия, чтобы охватить девочек в возрасте до 15 лет, которые испытывают особенно большие нужды и отличаются особенно сильной уязвимостью. Меры по предупреждению беременности у девочек старше 15 лет или по оказанию помощи беременным или недавно родившим подросткам более старшего возраста могут быть неподходящими или неприемлемыми для совсем юных подростков. Совсем юные подростки отличаются особой уязвимостью, и слишком мало делается для того, чтобы осознать насущные проблемы, с которыми они сталкиваются, и принять меры по их решению.

Забеременевшие девочки нуждаются не в осуждении, а в помощи. Всем — правительствам, международным организациям, гражданскому обществу, общинам, семьям, религиозным лидерам и самим подросткам — надлежит сыграть важную роль в изменении ситуации. От содействия развитию широких возможностей, которые открываются благодаря этим юным девочкам, полным жизни и надежды, выиграют все.

ЮНФПА, ПРАВА И ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

ЮНФПА, который в своей деятельности руководствуется Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), считает, что уважение, защита и реализация прав человека подростков, включая их право на сексуальное и репродуктивное здоровье и репродуктивные права:

- снижает уязвимость подростков, в том числе наиболее маргинализированных из них, позволяя сосредоточиться на удовлетворении их особых потребностей;
- активизирует и расширяет участие гражданского общества, общины и самих подростков;
- расширяет имеющиеся у подростков возможности продолжить образование и вести продуктивную и наполненную жизнь;
- повышает прозрачность и подотчетность; и
- приводит к необратимым социальным изменениям, поскольку правозащитные программы оказывают влияние на нормы и ценности, структуры, политику и практику.

ЭКОНОМИКА



**ПОВЫШЕНИЕ
ЭКОНОМИЧЕСКОЙ
ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ
И РАСШИРЕНИЕ
ВОЗМОЖНОСТЕЙ
ТРУДОУСТРОЙСТВА**

Инвестиции, расширяющие возможности девочек, повышают их будущие заработки.

ПОТЕНЦИАЛ



**ПОЛНОЕ РАСКРЫТИЕ
ПОТЕНЦИАЛА
ДЕВОЧЕК-
ПОДРОСТКОВ**

Для здоровой, образованной девочки, способной реализовать свои права, открываются лучшие перспективы.





1

Глобальная проблема

Каждый год 7,3 миллиона девочек,
не достигших 18-летнего возраста,
становятся матерями.

© Марк Тушман/Всемирная федерация планируемого родительства

«Мне было 16 лет, и я ни разу не прогуливала школу. Мне так нравилось учиться, что я предпочитала не смотреть телевизор, а читать книги! Я мечтала о том, как поступлю в колледж, а потом получу хорошую работу и смогу забрать родителей из той лачуги, в которой мы жили.

Однажды мне сказали, что от всего этого придется отказаться, так как мои родители обменяли меня на девочку, на которой должен был жениться мой старший брат. Такие браки по обмену называются в моей общине атта-сатта. Я расстроилась и разозлилась. Я умоляла мать не делать этого, но отец уже все решил.

Я надеялась лишь на то, что мой муж разрешит мне закончить учебу. Однако я забеременела прежде, чем мне исполнилось 17. После этого мне вообще практически запретили выходить из дома. Все ходят по магазинам или в кино, встречаются с соседями, но только не я. Иногда, когда в доме никого больше нет, я перечитываю старые школьные учебники, укачиваю ребенка и плачу. У меня очаровательная девчушка, но меня попрекают тем, что я не родила сына.

Однако жизнь постепенно меняется. Я надеюсь, что к тому времени, как моя дочурка вырастет, такие обычаи, как атта-сатта и детские браки, навсегда исчезнут, и она сможет закончить школу и выйдет замуж лишь тогда, когда сама захочет».

Комаль, 18 лет, Индия

Каждый год 7,3 миллиона девочек, не достигших 18-летнего возраста, становятся матерями (UNFPA, 2013). Число беременных еще больше.

Случаи подростковой беременности встречаются — чаще или реже — во всех регионах и странах, во всех районах отдельной страны и во всех группах населения вне зависимости от возраста и уровня доходов. Однако общим для всех регионов является одно: нищие и неграмотные или плохо образованные девочки, проживающие в сельской местности, подвергаются

большому риску забеременеть, чем их более богатые и образованные сверстницы, живущие в городах.

Кроме того, риск забеременеть выше у девочек из этнических меньшинств или маргинализированных групп, которые лишены права выбора и возможностей в жизни или имеют ограниченный доступ к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая информацию о противозачаточных средствах и соответствующие услуги, или вовсе лишены такого доступа.

Во всем мире девочка подвергается большему риску забеременеть в условиях социальной изоляции, нищеты, маргинализации и гендерного неравенства, когда она не в состоянии полностью реализовать свои основные права человека или когда ее доступ к медицинскому обслуживанию, школьному обучению, информации, услугам и экономическим возможностям ограничен.

Большинство случаев рождения детей подростками во всем мире — 95 процентов — приходится на развивающиеся страны, причем в девяти случаях из десяти дети рождаются в браке или гражданском союзе (World Health Organization, 2008).

Рождение детей у девочек, не достигших 18-летнего возраста

Около 19 процентов молодых женщин в развивающихся странах оказываются беременны до достижения 18-летнего возраста (UNFPA, 2013).

По оценкам, подготовленным в 2010 году, 36,4 млн. женщин в развивающихся странах в

По оценкам, подготовленным в 2010 году, 36,4 миллиона женщин в развивающихся странах в возрасте от 20 до 24 лет родили, до достижения 18-летнего возраста. .

возрасте от 20 до 24 лет родили до достижения 18-летнего возраста. Из них 17,4 млн. человек проживают в Южной Азии.

По оценкам, подготовленным в 2010 году, 36,4 млн. женщин в развивающихся странах в возрасте от 20 до 24 лет родили, по их словам, до достижения 18-летнего возраста. Из них 17,4 млн. человек проживают в Южной Азии.

Среди развивающихся регионов наибольшая доля (28 процентов) женщин в возрасте от 20 до 24 лет, родивших, по их словам, до достижения 18-летнего возраста, приходится на Западную и Центральную Африку.

Как видно из данных, собранных в 54 странах в результате проведения двух циклов



◀ Программа «Открытие возможностей» предлагает убежища, обеспечивает мониторинг, возможности учебы и слодарность с девочками майя, а также открывает перед ними новые возможности.

© Марк Тушман/ЮНФПА

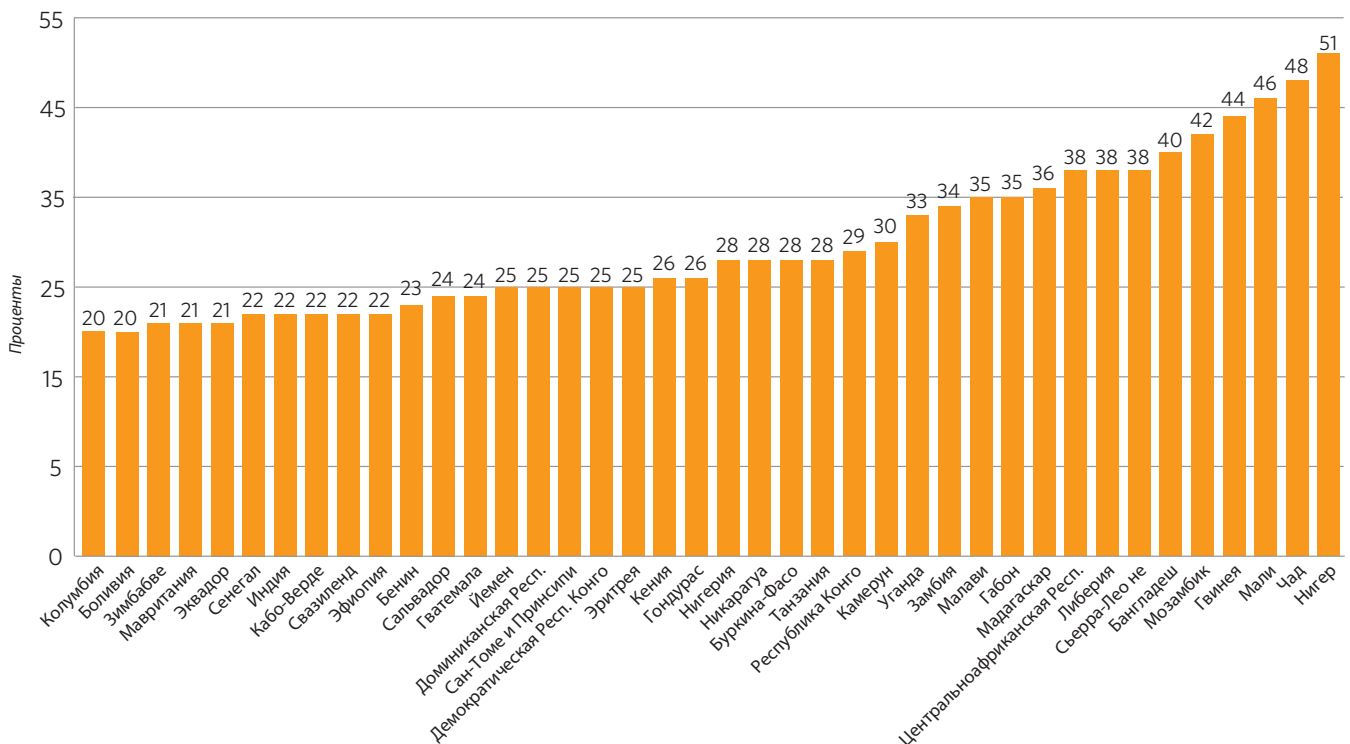
демографических и медицинских обследований (ДМО) и обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки (ОПГВ) за периоды 1990–2008 годов и 1997–2011 годов, доля женщин в возрасте от 20 до 24 лет, родивших, по их словам, до достижения 18-летнего возраста, несколько сократилась: с примерно 23 процентов до приблизительно 20 процентов. В 54 странах, охваченных этими обследованиями, проживает 72% совокупного населения развивающихся стран, не считая Китая.

Как показывает сравнительный анализ результатов ДМО и ОПГВ (за 1997–2008 и 2001–2011 годы), снижение показателя подростковой беременности произошло лишь в восьми из 15 стран с «высоким» уровнем (30 процентов или выше). Все шесть стран, у кото-

рых этот показатель повысился, относятся к региону Африки к югу от Сахары.

Согласно Конвенции о правах ребенка, любой человек, не достигший 18-летнего возраста, считается «ребенком». Девочки, забеременевшие прежде, чем им исполнилось 18 лет, зачастую не в состоянии воспользоваться своими правами, такими как право на образование, здоровье и надлежащий уровень жизни, и, таким образом, оказываются лишены этих основных прав. Миллионы девочек в возрасте до 18 лет беременеют, состоя в браке или в гражданском союзе. Комитет по правам человека совместно с другими органами, осуществляющими наблюдение за положением в области прав человека, выступил с рекомендацией провести правовую реформу, чтобы покончить с детскими браками.

СТРАНЫ, В КОТОРЫХ 20 ИЛИ БОЛЕЕ ПРОЦЕНТОВ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 20–24 ЛЕТ СООБЩИЛИ, ЧТО ОНИ РОДИЛИ РЕБЕНКА ДО ДОСТИЖЕНИЯ 18-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА



Источник: www.devinfo.org/mdg5b

Девочки, рожающие до достижения 15-летнего возраста

На долю девочек, которым еще не исполнилось 15 лет, ежегодно приходится 2 млн. из 7,3 млн. случаев рождения детей в развивающихся странах у девочек младше 18 лет.

Судя по данным обследований ДМО и ОПГВ, 3 процента молодых женщин в развивающихся странах родили, по их словам, до достижения 15-летнего возраста (UNFPA, 2013).

Среди развивающихся регионов наибольшая доля женщин, родивших ребенка до достижения 15-летнего возраста, приходится на страны Западной и Центральной Африки (6 процентов), а наименьшая — на страны Восточной Европы и Центральной Азии (0,2 процента).

Данные, собранные в 54 странах в результате проведения двух циклов обследований ДМО и ОПГВ за 1990–2008 годы и 1997–2011 годы, свидетельствуют о снижении доли женщин в возрасте от 20 до 24 лет, родивших до достижения 15-летнего возраста, с 4 до 3 процентов. Это снижение, которое в некоторых странах было достаточно быстрым, объясняется главным образом уменьшением числа договорных браков в очень раннем возрасте (World Health Organization, 2011b). Однако в Бангладеш, Гвинее, Мали, Мозамбике, Нигерии и Чаде — в странах, где детские браки распространены, — каждая десятая девочка рождает до достижения 15-летнего возраста.

Латинская Америка и Карибский бассейн — это единственный регион, в котором доля девочек, рожающих до достижения 15-летнего возраста, выросла. Согласно прогнозам, число рожениц, не достигших 15-летнего возраста, в этом регионе будет понемногу расти до конца 2030 года.

В странах Африки к югу от Сахары доля рожениц моложе 15 лет в следующие 17 лет, согласно прогнозам, практически удвоится. Ожидается, что к 2030 году число матерей моложе 15 лет в странах Африки к югу от Сахары сравняется с их числом в Южной Азии.

Непосредственно полученные и качествен-

«Я год встречалась со своим парнем, и он дарил мне деньги и одежду. Я забеременела в 13 лет. Я еще ходила в школу. Мои родители предложили моему парню жить с нами. Он обещал им, что будет заботиться обо мне. После этого он ушел. Он перестал звонить, и я больше с ним ни разу не встречалась. Когда я родила ребенка, мои родители стали заботиться обо мне и научили меня ухаживать за ребенком. Единственное, чего я хочу, — это вернуться в школу. Окончив школу, я смогу получить профессию, например, учителя, и сдать на водительские права».

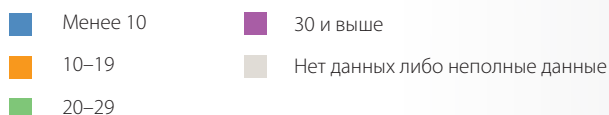
Ильда, 15 лет, Мозамбик

ные данные по этой группе самых юных подростков — в возрасте от 10 до 14 лет — редки, разрознены, а по многим странам вообще отсутствуют, в результате чего эти девочки и проблемы, с которыми они сталкиваются, ускользают от внимания руководства страны.

Главная причина отсутствия достоверных и полных данных заключается в том, что в ходе национальных ДМО — являющихся главным источником информации о подростковой беременности — опрашиваются подростки, самые юные из которых, как правило, уже достигли 15-летнего возраста. Это объясняется этическими проблемами, связанными со сбором данных у этой группы, особенно если речь идет о таких неудобных вопросах, как половая жизнь и беременность. Поэтому большинство данных по лицам младше 15 лет собирается ретроспективно (т.е. путем опроса женщин в возрасте от 20 до 24 лет, которые сообщают

НАСУЩНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

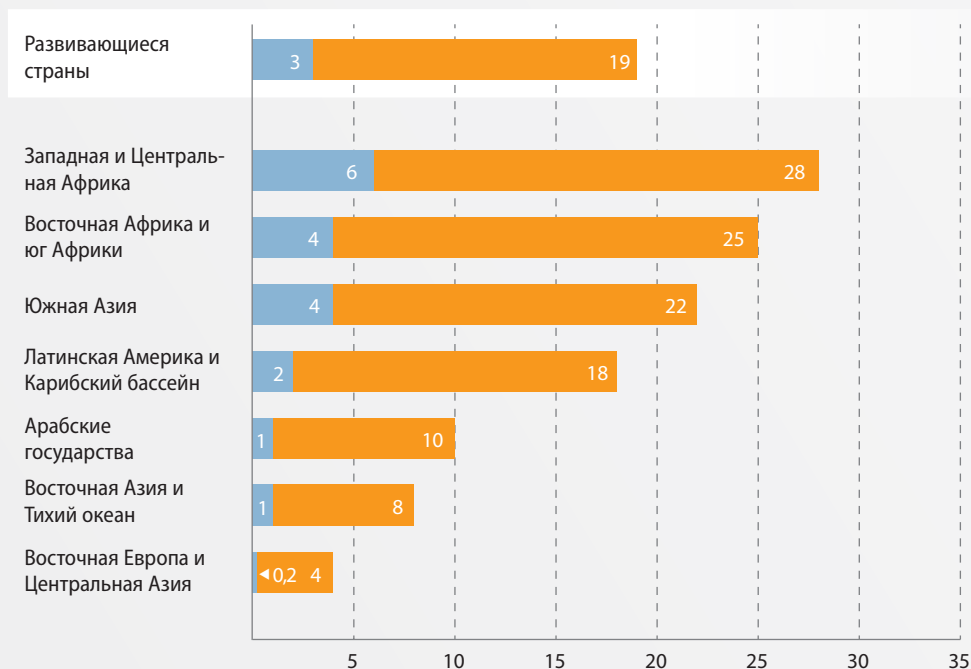
**ДОЛЯ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 20–24 ЛЕТ, РОДИВШИХ,
ПО ИХ СЛОВАМ, ДО ДОСТИЖЕНИЯ 18-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА**
(ПОСЛЕДНИЕ ДАННЫЕ ПО РАЗВИВАЮЩИМСЯ СТРАНАМ, 1996–2011 ГОДЫ)



Источник: www.devinho.org/mdg5b. На карте показаны лишь страны, данные по которым собраны на основе обследований ДМО и ОПГВ.

**ДОЛЯ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 20 ДО 24 ЛЕТ, РОДИВШИХ, ПО
ИХ СЛОВАМ, ДО ДОСТИЖЕНИЯ 18-ТИ И 15-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА**

■ Младше 18 лет при рождении первого ребенка ■ Младше 15 лет при рождении первого ребенка



Источник: UNFPA, 2013. Рассчитано на основе данных по 81 стране, в которых проживает более 83 процентов охваченного обследованиями населения этих регионов, с использованием данных, собранных в период с 1995 по 2011 годы.

«Мне было 12 лет, когда мужчина попросил у моих родителей моей руки. Они приказали мне выйти за него замуж, и через некоторое время я полюбила его. У меня есть два старших брата. Оба они ходили в школу, однако меня родители в школу не пустили. Не знаю, почему, может быть, из-за того, что я девочка, и они знали, что рано или поздно я выйду замуж. Я родила первого ребенка, когда мне было 13 лет. Это ненормально, но так случилось. Роды прошли не без проблем, но все закончилось хорошо. У меня три дочки, и сейчас я беременна в четвертый раз».

Мариэлла, 25 лет, забеременела в 13 лет, Мадагаскар

о том, в каком возрасте они вышли замуж и впервые забеременели или родили).

Поддержание высоких этических стандартов при сборе информации имеет важнейшее значение. Дети и подростки нуждаются в специальной защите как в силу того, что они уязвимы для эксплуатации, домогательств и других пагубных последствий, так и потому, что они не обладают такой же властью, как взрослые. Юные подростки уже давно охвачены сбором информации о школьном обучении и общем благополучии, однако большинство исследователей не решаются затрагивать неудобные темы либо из-за социальных норм, определяющих, какое поведение считается правильным в зависимости от возраста собеседника, либо из этических соображений ввиду потенциально пагубных последствий исследования, либо по

причине сомнений в достоверности ответов юных подростков (Chong et al., 2006).

В докладе о данных ДМО, касающихся подростков в возрасте от 10 до 14 лет, Совет по народонаселению особо отметил необходимость изучения важных вех в процессе перехода от детства к взрослой жизни: «Как показывает изучение этих данных ДМО по самым юным подросткам, мы знаем в основном лишь то, что мы мало что знаем» (Blum et al., 2013).

Некоторые исследователи сомневаются в том, что самые юные подростки обладают знаниями, позволяющими им ответить на вопросы, требующие углубленного анализа барьеров, с которыми они сталкиваются, или потенциальных последствий будущих действий. Другие же полагают, что осуждение, которому подвергаются девочки за добрачные половые связи, слишком велико, чтобы можно было рассчитывать получить достоверную информацию (Chong et al., 2006).

Показатели рождаемости разнятся даже в пределах одной страны

Показатели подростковой рождаемости зачастую разнятся даже в пределах одной страны в зависимости от целого ряда факторов, таких как нищета или распространенность детских браков в конкретном районе. Например, Нигер занимает первое место в мире по показателю подростковой рождаемости и первое место по числу детских браков, однако у девочек, проживающих в этой стране в регионе Зиндер, вероятность родить ребенка до достижения 18-летнего возраста в три раза выше, чем у их сверстниц в столице страны Ниамее. Зиндер — это бедный, преимущественно сельский регион, где недоедание является обычным явлением, а доступ к медицинскому обслуживанию ограничен.

Как показывает анализ данных, собранных в результате проведения в 79 развивающихся странах обследований ДМО и ОПГВ в 1998–2011 годах, более высокие показатели подростковой рождаемости отмечаются в сельских районах, среди подростков, не имеющих

образования, и в беднейших 20 процентах домохозяйств.

Различия в рамках одной страны могут объясняться не только разницей в уровнях дохода, но и неравным доступом к образованию и услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе к противозачаточным средствам, распространённостью детских браков, местными обычаями и социальным давлением, а также ненадлежащими или плохо соблюдаемыми законами и политикой.

Осознание этих различий может помочь национальным руководителям разработать практические меры, которые были бы адаптированы к разнообразным нуждам общин на всей территории страны.

Беременность и роды у детей, состоящих в браке

Несмотря на практически универсальную приверженность к ликвидации детских браков, каждая третья девочка в развивающихся странах (не считая Китая) выходит замуж до достижения 18-летнего возраста (UNFPA, 2012).

Большинство этих девочек бедны, не очень образованы и проживают в сельских районах.

Показатели подростковой рождаемости выше всего там, где детские браки наиболее распространены, а детские браки, как правило, чаще встречаются там, где люди живут в крайней нищете. Показатель распространённости детских браков в разных странах сильно различается: от 2 процентов в Алжире до 75 процентов в Нигере, который по показателю валового

Шестнадцатилетняя Уша Ядаб, лидер класса в рамках осуществляемой в Непале при поддержке ЮНФПА программы «Выбери свое будущее», которая предусматривает просвещение девочек в вопросах охраны здоровья и стимулирует развитие жизненно необходимых навыков.

© Уильям Райан/ЮНФПА



«Внезапно я ощутила острое одиночество. Я почувствовала, что отдалилась от семьи и общины. Я уже не чувствовала себя девочкой, но и женщиной себя тоже не ощущала».

Тарисай, 20 лет, забеременела в 16 лет,
Зимбабве

национального дохода на душу населения занимает пятое с конца место в мире (World Bank, 2013).

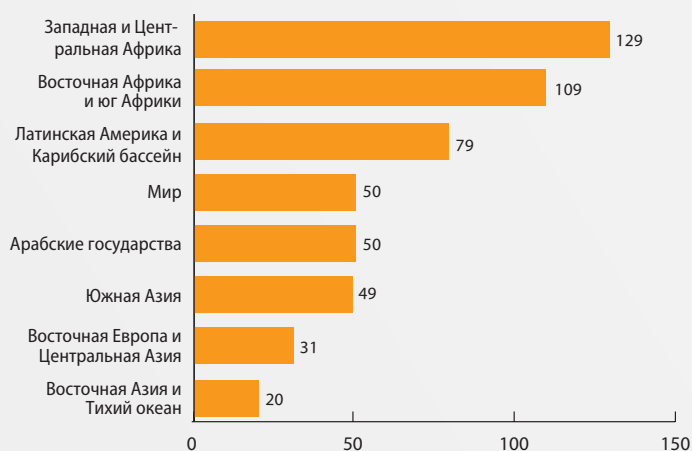
Хотя число девочек, вступающих в брак до достижения 15-летнего возраста, сокращается, 50 млн. девочек до сих пор грозит опасность оказаться в этом десятилетии замужем прежде, чем им исполнится 15 лет.

Сегодня каждая девятая девочка в развивающихся странах насильно выдается замуж до достижения 15-летнего возраста. В Бангладеш, Нигере и Чаде более трети девочек выходят замуж до своего 15-го дня рождения. В Эфиопии каждая шестая девочка к 15 годам уже замужем.

На показатели подростковой рождаемости влияет и разница в возрасте сожителей или супругов. Как выяснилось в ходе проведенного ЮНФПА в четырех странах обследования, чем

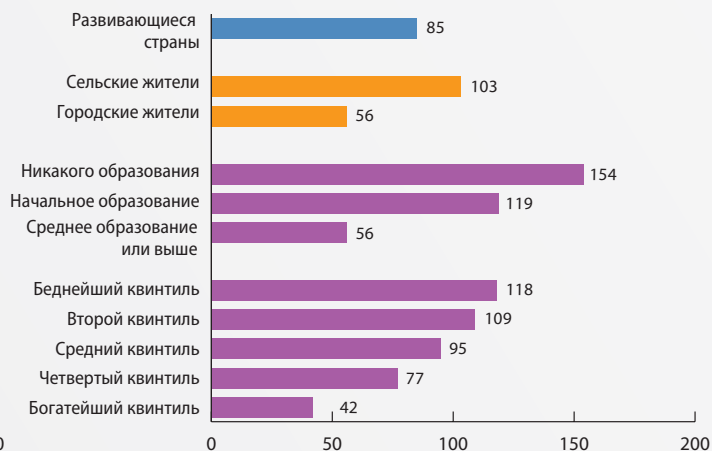
ПОКАЗАТЕЛИ ПОДРОСТКОВОЙ РОЖДАЕМОСТИ (ДАННЫЕ ПО 79 СТРАНАМ)

По регионам



Источник: UNFPA, 2013.

По базовым характеристикам



больше разница в возрасте, тем выше вероятность того, что девочка забеременеет до достижения 18-летнего возраста (United Nations, 2011a).

В тех странах, где женщины обычно вступают в брак в юном возрасте, разница между расчетным средним возрастом вступления в первый брак, или РСВПБ, у мужчин и женщин, как правило, значительна. По состоянию на 2008 год самый низкий РСВПБ у женщин был зафиксирован в следующих трех странах: Нигере (17,6 года), Мали (17,8 года) и Чаде (18,3 года). Во всех этих странах разница между РСВПБ у мужчин и женщин составляла не менее шести лет. Под РСВПБ понимается средняя продолжительность жизни до вступления в брак у лиц в возрасте от 15 до 49 лет (United Nations, 2011a).

«Меня отдали мужу, когда я была еще маленькой, и я даже не помню, когда вышла замуж, потому что была такой маленькой. Меня воспитал мой муж».

Канас, 18 лет, Эфиопия

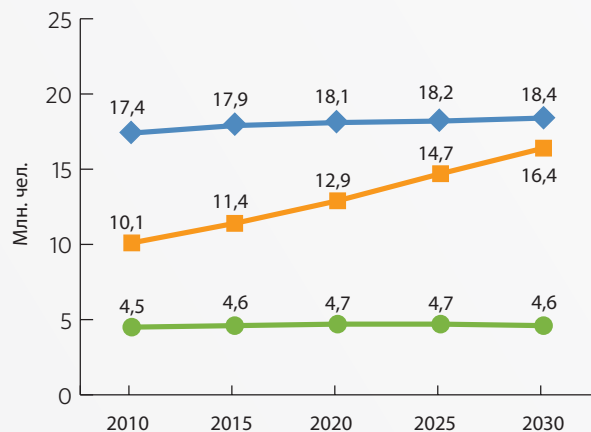
ПРОГНОЗИРУЕМОЕ ЧИСЛО ДЕВОЧЕК (МЛН. ЧЕЛ.), КОТОРЫЕ РОДЯТ ДО ДОСТИЖЕНИЯ 18-ТИ И 15-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА, 2010–2030 ГОДЫ, ПО ТРЕМ РЕГИОНАМ

Южная Азия

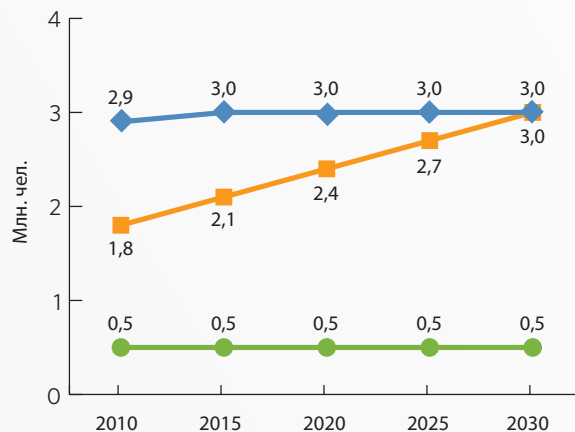
Африка к югу от Сахары

Латинская Америка и Карибский бассейн

До достижения 18-летнего возраста



До достижения 15-летнего возраста



Источник: www.devinfo.org/mdg5b

ДОЛЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ, И ПОКАЗАТЕЛИ ПОДРОСТКОВОЙ РОЖДАЕМОСТИ

Развивающиеся регионы	Девочки в возрасте 15–19 лет	
	Состоящие в браке (в %)	Показатель подростковой рождаемости
Арабские государства	12	50
Азиатско-тихоокеанский регион	15	80
Восточная Азия и Тихий океан	5	50
Южная Азия	25	88
Восточная Европа и Центральная Азия	9	31
Латинская Америка и Карибский бассейн	12	84
Африка к югу от Сахары	24	120
Восточная Африка и юг Африки	19	112
Западная и Центральная Африка	28	129
Развивающиеся страны	16	85

Источник: United Nations, 2011; United Nations, 2012; www.devinfo.org/mdg5b

ДОЛЯ ЖЕНЩИН, СООБЩИВШИХ, ЧТО ОНИ РОДИЛИ ПЕРВОГО РЕБЕНКА ДО ДОСТИЖЕНИЯ 18-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА, С УКАЗАНИЕМ РАЗНИЦЫ В ВОЗРАСТЕ ПАРТНЕРОВ

Разница в возрасте между женами и мужьями	Нигер	Буркина-Фасо	Боливия	Индия
Женщина старше мужчины или моложе не более чем на 4 года	39,9	21,5	29,7	21,6
Женщина моложе мужчины на 5–9 лет	60,1	34,4	41,5	32,3
Женщина моложе мужчины по меньшей мере на 10 лет	59,0	38,5	45,8	39,1
Итого	56,8	33,4	34,7	28,5

Источник: United Nations, 2011a.

Развитые страны также сталкиваются с проблемами

Случаи подростковой беременности отмечаются как в развивающихся, так и в развитых странах. Количество таких случаев сильно различается, хотя лежащие в их основе факторы схожи.

Из 13,1 млн. случаев рождения детей у девочек в возрасте 15–19 лет, происходящих ежегодно по миру в целом, 680 тысяч случаев приходится на развитые страны (United Nations, 2013). Среди развитых стран наиболее высокий уровень подростковой рождаемости отмечается в Соединенных Штатах. По данным центров Соединенных Штатов по борьбе с заболеваниями и их профилактике, в 2011 году было зарегистрировано 329 772 случая рождения детей у подростков в возрасте от 15 до 19 лет.

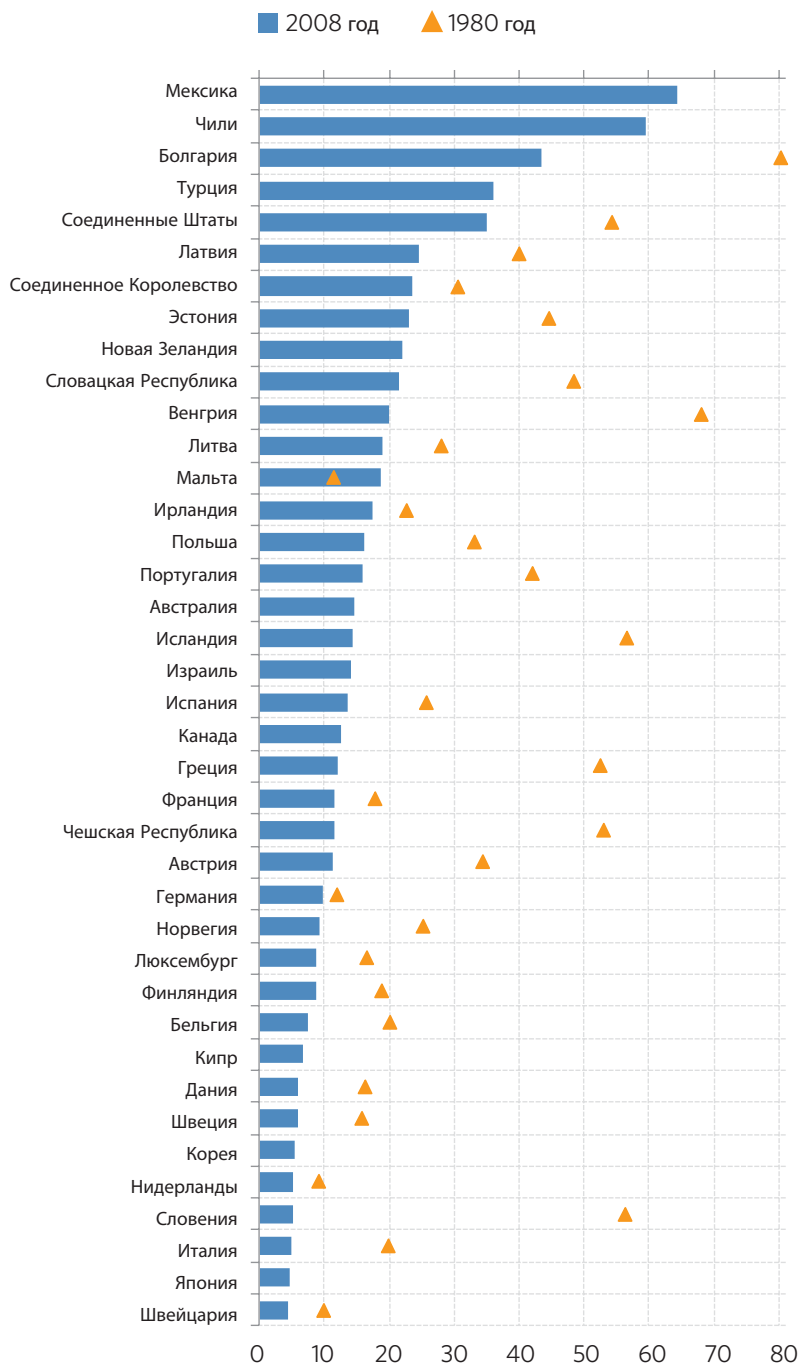
Среди государств-членов Организации экономического сотрудничества и развития, в которую входит ряд стран со средним уровнем дохода, самый высокий показатель рождаемости у подростков в возрасте от 15 до 19 лет (64,2 на 1000 деторождений) отмечается в Мексике, а самый низкий (4,3 случая) — в Швейцарии. У всех членов ОЭСР, кроме Мальты, показатель подростковой беременности за период с 1980 года по 2008 год снизился.

Заключение

Большинство случаев подростковой беременности отмечаются в развивающихся странах.

Как показывают данные по 54 развивающимся странам, число случаев подростковой беременности сокращается, особенно среди девочек в возрасте до 15 лет, однако в последние годы это сокращение идет медленно. В некоторых регионах общее число девочек-рождениц, согласно прогнозам, увеличится. Например, в случае сохранения нынешних тенденций в странах Африки к югу от Сахары число девочек, рождающих детей до достижения 15-летнего возраста, как ожидается, вырастет с 2 млн. в год сегодня до примерно 3 млн. в год в 2030 году.

ПОКАЗАТЕЛИ ПОДРОСТКОВОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ В СТРАНАХ — ЧЛЕНАХ ОЭСР, 1980 И 2008 ГОДЫ



Источник: <http://www.oecd.org/social/soc/oecdfamilydatabase.htm>

ПОДРОСТКИ И ДЕТИ: ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ТЕНДЕНЦИИ

Хотя Организация Объединенных Наций определяет «подростка» как любого человека в возрасте от 10 до 19 лет, большинство имеющихся статистических данных и оценок по подростковой беременности и рождаемости, сопоставимых на международном уровне, охватывают лишь часть этой когорты: девочек в возрасте от 15 до 19 лет. Информации по сегменту подростков в возрасте от 10 до 14 лет гораздо меньше, однако именно у этой самой юной группы потребности и факторы уязвимости могут быть особенно велики.

Согласно Конвенции о правах ребенка, любой человек, не достигший 18-летнего возраста, считается «ребенком». В настоящем докладе рассматриваются случаи беременности и рождаемости у *детей* однако при этом зачастую приходится использовать данные о беременности и рождаемости у более крупной когорты *подростков*. Данных о случаях беременности у *детей* (младше 18 лет) весьма ограничены и охватывают лишь немногим более трети стран мира.

КРУПНАЯ И РАСТУЩАЯ КОГОРТА ПОДРОСТКОВ

В 2010 году во всем мире насчитывалось, по оценкам, 1,2 млрд. подростков — крупнейшая когорта подростков в истории человечества. Подростки составляют около 18 процентов населения мира. При этом 88 процентов всех подростков проживают в развивающихся странах. Около половины (49 процентов) девочек-подростков проживают всего в шести странах: Индии, Индонезии, Китае, Нигерии, Пакистане и Соединенных Штатах.

В случае сохранения нынешней динамики демографического роста к 2030 году практически каждая четвертая девочка-подросток будет проживать в Африке к югу от Сахары, где общее число девочек-подростков, родивших до достижения 18-летнего возраста, согласно прогнозам, увеличится с 10,1 млн. человек в 2010 году до 16,4 млн. человек в 2030 году.

В развивающихся и развитых странах случаи подростковой беременности чаще наблюдаются среди девочек из малоимущих семей, имеющих более низкий уровень образования и проживающих в сельских районах.

Ретроспективные данные о беременности имеют как по девочкам-подросткам в возрасте от 15 до 19 лет, так и по девочкам в возрасте от 10 до 14 лет, однако о первой группе известно гораздо больше, поскольку они напрямую опрашиваются в ходе обследований домохозяйств.

Особенно мало данных о беременности или родах вне брака. Однако эти данные чрезвычайно важны для понимания факторов, оказывающих определяющее влияние на случаи беременности в этой группе, проблем и уязвимости входящих в эту группу девочек, воздействия, которому подвергается их жизнь, и мер, которые могли бы принять правительства, общины и семьи, чтобы помочь им избежать беременности или оказать содействие тем, кто уже забеременел или родил ребенка.

Вместе с тем жизненный путь каждой беременной девочки зависит не только от того, насколько мал ее возраст, но и от того, где она живет, какими возможностями она обладает благодаря реализации своих прав и насколько широкий доступ к медицинским услугам, школьному образованию и экономическим ресурсам она имеет. Например, воздействие беременности на положение состоящей в браке 14-летней девочки в сельском районе очень сильно отличается от влияния, которое оказывает беременность на положение не состоящей в браке 18-летней девочки, которая живет в городе или имеет возможность воспользоваться семейной поддержкой и финансовыми ресурсами.

Более углубленные данные и контекстуальная информация о структуре, динамике и обстоятельствах беременности у девочек в возрасте до 18 лет (и особенно у когорты подростков в возрасте 10–14 лет) помогли бы заложить основу для осуществления более адресных мер, разработки политики и обеспечения более глубокого понимания причин и следствий, которые носят комплексный, многогранный характер и выходят за рамки проблемы беременной девочке. Однако не менее важны — и столь же

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОЖДАЕМОСТИ

Точных данных о подростковой беременности мало. Системы регистрации актов гражданского состояния собирают информацию о рождениях, а не о беременностях. В отличие от рождений, информация о беременностях, как правило, не регистрируется и не обобщается для представления национальным статистическим ведомствам. В некоторых случаях беременность прерывается на очень раннем сроке, когда женщина или девочка еще даже не знает о том, что она беременна. Случаи беременности в развивающихся странах могут не регистрироваться, поскольку подростки зачастую не имеют — или не могут получить — доступа к дородовому уходу и потому не попадают в поле зрения поставщиков медицинских услуг. К тому же в большинстве национальных баз данных отсутствуют данные о беременностях, завершившихся выкидышем или абортom (нередко проводимым незаконно или тайно).

Поэтому в большинстве стран в качестве косвенного показателя распространенности подростковой беременности используются данные о рождаемости. Оценочные показатели рождаемости неизменно ниже, чем показатели беременности. Например, согласно проведенному в 2008 году исследованию, показатели беременности у подростков в возрасте от 15 до 19 лет в Соединенных Штатах составляли 68 на 1000, а показатели рождаемости — 40 на 1000 (Kost and Henshaw, 2013). В показателях беременности учитываются как полнотермические беременности, так и случаи выкидышей, абортom и мертворождений, тогда как в показателях рождаемости учитываются лишь случаи живорождений.

Косвенные данные, используемые демографами, собираются двумя способами:

- с использованием ретроспективного подхода, когда женщинам в возрасте от 20 до 24 лет задается вопрос, не рожали ли они

детей в более раннем возрасте, обычно до достижения 18 лет. Данные, используемые при ретроспективном подходе и приведенные в настоящем докладе, собраны в ходе демографических и медицинских обследований, или ДМО, и обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки, или ОПГВ, проведенных в 81 развивающейся стране;

- путем расчета показателя подростковой рождаемости:

$$\text{Показатель подростковой беременности} = \frac{\text{ППР} = \text{Общее число живорождений у девочек в возрасте от 15 до 19 лет}}{\text{Общее число подростков в возрасте от 15 до 19 лет}} \times 1,000$$

Ретроспективный подход дает представление о числе детей, родившихся у девочек младше 18 лет, но также может дать определенное представление о рождаемости у девочек младше 15 лет. В то же время показатель подростковой рождаемости охватывает лишь случаи живорождений у девочек в возрасте от 15 до 19 лет.

ограниченны — данные о положении мужчин и мальчиков, становящихся отцами детей девочек-подростков, и результаты их анализа.

Подростковая беременность — это проблема не только развивающихся стран. Сотни тысяч случаев такой беременности ежегодно фиксируются и в странах с высоким и средним уровнем дохода. Однако некоторые взаимосвязи, отмечаемые в развивающихся странах, характерны и для развитых стран: риск забере-

менеть выше у девочек из малообеспеченных семей, проживающих в сельской местности, менее образованных или бросивших школу или выходцев из этнических меньшинств, иммигрантов или маргинализированных групп населения. В развивающихся странах большинство случаев подростковой беременности происходит в браке, а в развитых странах они все чаще происходят вне брака.



2

Последствия для здоровья, образования и производительности труда девочек

Вследствие беременности или рождения ребенка, здоровье, образование, потенциальный заработок девочки и все ее будущее могут оказаться под угрозой, в результате чего она обречена всю жизнь прозябать в нищете, отчуждении и бессилии.

◀ Хаувау Мохаммаду, 13-летняя пациентка, страдающая акушерским свищом, сидит на больничной койке в центре, специализирующемся на лечении васиковагинальной фистулы, в Нигерии.

© ЮНФПА/Акинтунде Акинлейе

Вследствие беременности или рождения ребенка, здоровье, образование, потенциальный заработок девочки и все ее будущее могут оказаться под угрозой, в результате чего она обречена всю жизнь прозябать в нищете, отчуждении и бессилии. Последствия для молодой матери зачастую переходят и на ее ребенка, который уже в начале жизни оказывается в проигрышном положении, что увековечивает передачу маргинализации, отверженности и нищеты между поколениями.

К тому же издержки, сопряженные с ранней беременностью и родами, не ограничиваются непосредственно девочкой, а тяжким грузом ложатся на ее семью, общину, экономику и рост и развитие ее страны.

Хотя беременность может иметь многочисленные и серьезные последствия для жизни девочки, большинство количественных исследований сосредоточены на анализе ее последствий для здоровья, образования и экономической производительности:

- **последствия для здоровья** включают риски материнской смертности, заболеваемости и

инвалидности, включая акушерские свищи, осложнения при небезопасных абортах, заболевания, передаваемые половым путем, в том числе ВИЧ, и риски для здоровья младенцев;

- **последствия для образования** включают временное или окончательное прекращение обучения в системе формального образования и сопутствующие этому утраченные возможности полностью раскрыть свой потенциал;
- **экономические последствия** тесно связаны с последствиями для образования и включают утрату возможности заниматься оплачиваемым трудом или обеспечивать себя средствами к существованию, дополнительные издержки для сектора здравоохранения и утрату человеческого капитала.

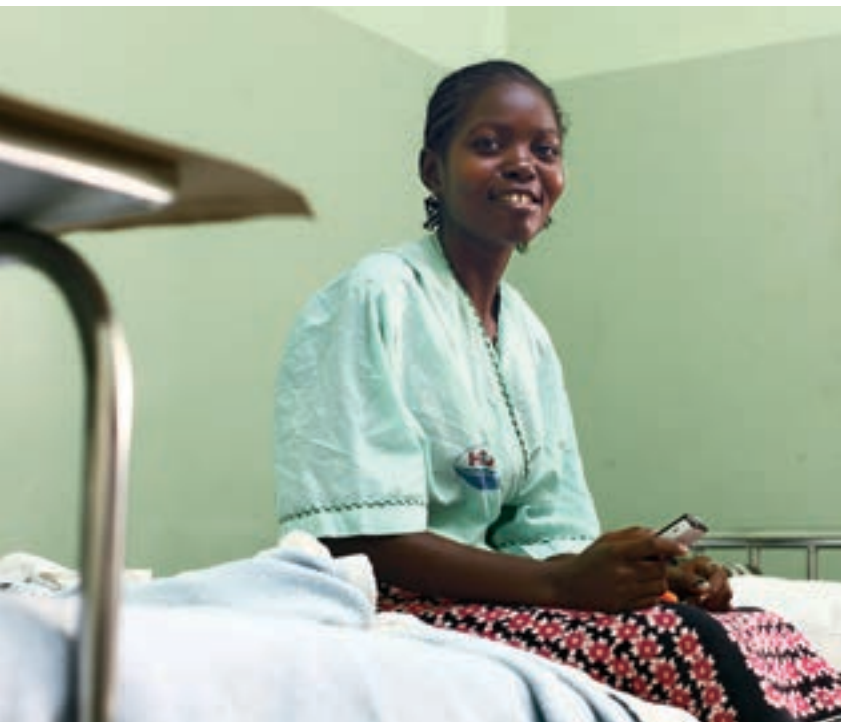
Последствия для здоровья

Ежегодно в развивающихся странах по причинам, связанным с беременностью и родами, умирает около 70 000 подростков (UNICEF, 2008). Одной из главных причин смерти девушек старшей подростковой группы являются осложнения при беременности и родах (World Health Organization, 2012).

Забеременевшие подростки, как правило, являются выходцами из малоимущих семей и страдают недоеданием. Хотя показатели в разных регионах различаются, в целом практически каждая вторая девочка в развивающихся странах страдает дефицитной анемией, что может повышать риск выкидышей, мертворождений, преждевременных родов и материнской смертности (Pathfinder International, 1998; Balarajan et al., 2011; Ransom and Elder, 2003).

Непосредственное влияние на уровни материнской смертности, заболеваемости и инвалидности среди подростков оказывает несколько факторов. К их числу относятся возраст девочки, ее физическая незрелость, осложнения после небезопасных аборт и отсутствие доступа к регулярной и экстренной акушерской помощи, оказываемой квалифицированными врачами. Другими причинами являются, в частности, нищета, недоедание, необразован-

▼ Гортензия, 25 лет, с 17-летнего возраста страдает акушерским свищом, образовавшимся в результате патологических родов.
© ЮНФПА/Педру Сан да Бандейра



ность, детские браки и низкий статус девочек и женщин (World Health Organization, 2012b).

Проблемы со здоровьем с большей вероятностью возникают в случае, если беременность у девочки начинается в течение двух лет с момента первой менструации или когда ее таз и родовые пути еще окончательно не сформировались (World Health Organization, 2004).

Акушерские свищи

Матери, впервые рожающие до завершения физического созревания, особенно подвержены затяжным патологическим родам, которые могут приводить к образованию акушерских свищей, особенно если экстренное проведение кесарева сечения невозможно или слишком дорого. И хотя акушерские свищи могут возникать у женщин любого детородного возраста, исследования, проведенные в Малави, Нигере, Нигерии и Эфиопии, показывают, что каждая третья женщина, страдающая этим недугом, приобрела его, по ее словам, будучи подростком (Muleta et al., 2010; Tahzib, 1983; Hilton and Ward, 1998; Kelly and Kwast, 1993; Ibrahim et al., 2000; Rijken and Chilopora, 2007).

Акушерский свищ — это травма, в результате которой женщина начинает страдать недержанием, а ребенок в большинстве случаев рождается мертвым или умирает в течение первой недели жизни.

Считается, что этим заболеванием страдают от 2 до 3,5 млн. женщин и девочек в развивающихся странах. Зачастую от женщин (или девочек), страдающих акушерскими свищами, отворачиваются родные и соседи, а сами они подвергаются риску нищеты и маргинализации.

Сохранение акушерских свищей является наглядным свидетельством хронического неравенства в области медицинского обслуживания и ограниченного доступа к системе здравоохранения, а также более общих проблем, таких как гендерное и социально-экономическое неравенство, детские браки и ранние роды, которые все могут резко ухудшить жизнь женщин и девочек

АКУШЕРСКИЙ СВИЩ: ЕЩЕ ОДНА УГРОЗА ДЛЯ ДЕВОЧКИ-НЕВЕСТЫ

Гуль Бано и ее муж священнослужитель Ахмед Хан стали послами борьбы против ранних браков и их наихудших последствий — акушерских свищей — под воздействием собственного опыта.

В соответствии с обычаями, бытующими в удаленной горной деревушке Кохадаст в округе Хуздар провинции Белуджистан, Пакистан, Бано была выдана замуж вскоре после вступления в подростковый возраст, в 15 лет, а через год забеременела.

Поскольку возле Кохадаста нет медицинских учреждений, Бано не получила дородового ухода, и никто не думал, что будут осложнения. Однако на деле все оказалось иначе. После длительных схваток, продолжавшихся три дня, Бано родила мертвого ребенка. «Я так и не увидела цвета глаз или волос моего сынишки. Я так и не прижала его к груди», — вспоминает Бано, которой сейчас исполнилось 20 лет.

Однако это было только начало ее проблем. Спустя неделю Бано поняла, что она все время лежит мокрая от мочи и пахнет калом. «Моча и кал выходили из меня одновременно».

На юном теле Бано, которое оказалось не способно справиться с затяжными схватками, появился акушерский свищ, возникший, когда голова младенца сильно давила на ткани родовых путей, разрывая стенки прямой кишки и мочевого пузыря.

Сейчас уже общепризнанно, что акушерский свищ — это еще одно бремя, которое ложится на плечи девочки-ребенка, лишенной начального образования и насильно выданной замуж, прежде чем она оказалась физически или морально готова к этому.

Хан поддержал свою молодую жену и обратился за медицинской помощью. Он нашел больницу в Карачи, специализирующуюся на лечении свищей и других осложнений в области репродуктивного здоровья. Женский госпиталь Кухи Гот, где лечение свищей проводится бесплатно, был открыт врачом Шершахом Сиедом — одним из первых гинекологов в Пакистане, который научился устранять эту болезненную и социально постыдную травму.

«Лечение заняло почти три года, и ей [Бано] пришлось перенести шесть операций», — говорит доктор Саджад Ахмед, который с июня 2006 года по февраль 2010 года работал в госпитале Кухи Гот руководителем проекта ЮНФПА по борьбе с акушерским свищом.

Сегодня Бано и Хан являются активными пропагандистами кампании по борьбе против свища. Они ездят по всему Пакистану, рассказывая о том, как уберечься от этой травмы и что делать для ее лечения. «Хан — священнослужитель, и в то же время он не соответствует стереотипу религиозного человека», — говорит Сиед. — Он рассказывает родителям о том, что образования свища можно избежать, если они перестанут выдавать своих дочерей замуж в очень юном возрасте». Бано рассказывает о том, что с ней произошло, и о важности выдерживания интервалов между рождениями детей, дородовых осмотров и своевременного обращения за экстренной акушерской помощью.

— Зофин Эбрахим, Интер пресс сервис

и помешать реализации ими своих основных прав человека.

В большинстве случаев свищи поддаются устранению при помощи хирургической операции, однако мало кто пользуется этой возможностью, в основном потому, что соответствующие услуги предлагаются недостаточно широко или недоступны, особенно в бедных странах, где отсутствуют качественные медицинские услуги и инфраструктура, или потому, что хирургическая операция, которая может стоить всего 400 долл. США, для большинства женщин и девочек в развивающихся странах оказывается запретительно дорогой. Ежегодно число женщин, страдающих акушерскими свищами, пополняется на 50 000–100 000 человек, но лишь около 14 000 прибегают к хирургической операции, так что общее число женщин с такой травмой каждый год растет.

Хотя квалифицированное родовспоможение и экстренное кесарево сечение могут помочь предотвратить образование акушерских свищей у подростков, наилучший способ оградить девочку от этой травмы — это помочь ей отсрочить беременность до тех пор, пока она не станет старше, а ее тело не созреет. Зачастую это значит уберечь ее от раннего брака.

ОЦЕНКА ЧИСЛА НЕБЕЗОПАСНЫХ АБОРТОВ, СОВЕРШАЕМЫХ ДЕВОЧКАМИ В ВОЗРАСТЕ 15–19 ЛЕТ, 2008 ГОД

Развивающиеся регионы	Ежегодное число небезопасных абортов у девочек в возрасте 15–19 лет	Доля небезопасных абортов (на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет)
Развивающиеся страны	3,200,000	16
Африка	1,400,000	26
Азия, кроме Восточной Азии	1,100,000	9
Латинская Америка и Карибский бассейн	670,000	25

Источник: Shah and Ahman, 2012.

Небезопасные аборты

Практически половину всех абортов составляют небезопасные аборты (Sedgh et al., 2012; Shah and Ahman, 2012). Согласно Всемирной организации здравоохранения, небезопасный аборт — это «процедура прерывания нежелательной беременности либо лицом, не обладающим необходимыми навыками, либо в условиях, не отвечающих минимальным стандартам, либо неквалифицированным лицом в ненадлежащих условиях» (World Health Organization, 2012c). Практически все небезопасные аборты (98 процентов) производятся в развивающихся странах, где аборты зачастую запрещены. Даже в тех случаях, когда аборты разрешены, подросткам может быть трудно получить соответствующие услуги.

Данных об абортах — безопасных и небезопасных, — совершаемых девочками в возрасте от 10 до 14 лет в развивающихся странах, крайне мало, однако по грубым прикидкам в развивающихся странах на возрастную группу 15–19 лет ежегодно приходится около 3,2 млн. небезопасных абортов (Shah and Ahman, 2012).

Это исследование охватывает Африку, Азию (исключая Восточную Азию) и Латинскую Америку и Карибский бассейн (Shah and Ahman, 2012). Показатели небезопасных абортов в странах Африки к югу от Сахары и в Латинской Америке и Карибском бассейне практически идентичны: 26 на 1000 против, соответственно, 25 на 1000, однако общее число небезопасных абортов в странах Африки к югу от Сахары более чем вдвое превышает число таких абортов в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, что объясняется большей численностью населения в первой группе стран. На долю стран Африки к югу от Сахары приходится 44 процента всех небезопасных абортов у подростков в возрасте от 15 до 19 лет в развивающемся мире (исключая Восточную Азию), тогда как на долю Латинской Америки и Карибского бассейна приходится 23 процента.

По оценкам, в странах Африки к югу от Сахары в результате небезопасных абортов

ежегодно умирают 36 тысяч женщин и девочек, а еще миллионы впоследствии страдают хроническими заболеваниями или становятся инвалидами (UN Radio, 2010).

Подростки, решившиеся на небезопасные аборты, чаще, чем взрослые, оказывающиеся в аналогичной ситуации, сталкиваются с такими осложнениями, как кровотечение, сепсис, повреждение внутренних органов, столбняк, бесплодие и даже смерть (International Sexual and Reproductive Rights Coalition, 2002). Такие более пагубные последствия для здоровья подростков отчасти объясняются тем, что подростки чаще слишком долго не решаются сделать аборт, прибегают к услугам неквалифицированных лиц, используют опасные методы и слишком поздно обращаются за помощью в случае возникновения осложнений.

Подростки составляют значительную часть пациентов, госпитализируемых из-за осложнений после небезопасных абортов. Судя по данным регистрации в больницах, в некоторых развивающихся странах подростки составляют от 38 до 68 процентов лиц, обращающихся по поводу осложнений после абортов (International Sexual and Reproductive Rights Coalition, 2002).

Заболевания, передаваемые половым путем

Ежегодно во всем мире 340 млн. человек инфицируются заболеваниями, передаваемыми половым путем, или ЗППП. Наибольшую долю среди больных ЗППП составляют молодые

ДОЛЯ ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ ОТ 15 ДО 19 ЛЕТ, КОГДА ЛИБО ВСТУПАВШИХ В ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ, КОТОРЫЕ СООБЩИЛИ О ТОМ, ЧТО В ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ БОЛЕЛИ ЗППП ИЛИ ИСПЫТЫВАЛИ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

(СТРАНЫ, В КОТОРЫХ ДОЛЯ СОСТАВЛЯЕТ 20 ПРОЦЕНТОВ ИЛИ БОЛЕЕ)

Гвинея	35 процентов
Гана	29 процентов
Республика Конго	29 процентов
Никарагуа	26 процентов
Кот-д'Ивуар	25 процентов
Доминиканская Республика	21 процентов
Уганда	21 процентов

Источник: Kothari et al., 2012.

люди в возрасте от 15 до 24 лет. Хотя ЗППП не являются следствием подростковой беременности, они являются следствием полового поведения — неиспользованием или ненадлежащим использованием презервативов, — которое может привести к подростковой беременности. В отсутствие лечения ЗППП могут стать причиной бесплодия, воспаления тазовых органов, внематочной беременности, рака и непереносимой тазовой боли у женщин и девочек. Они могут также привести к рождению детей с низким весом, преждевременным родам и пожизненным физическим и неврологическим отклонениям у детей, родившихся у матерей, больных ЗППП.

По итогам недавнего анализа результатов демографических и медицинских обследований, в семи из 35 стран, по меньшей мере каждая пятая девочка-подросток в возрасте от 15 до 19 лет, вступавшая в половые контакты, указала, что в последние 12 месяцев она болела ЗППП или испытывала характерные симптомы (Kothari et al., 2012).

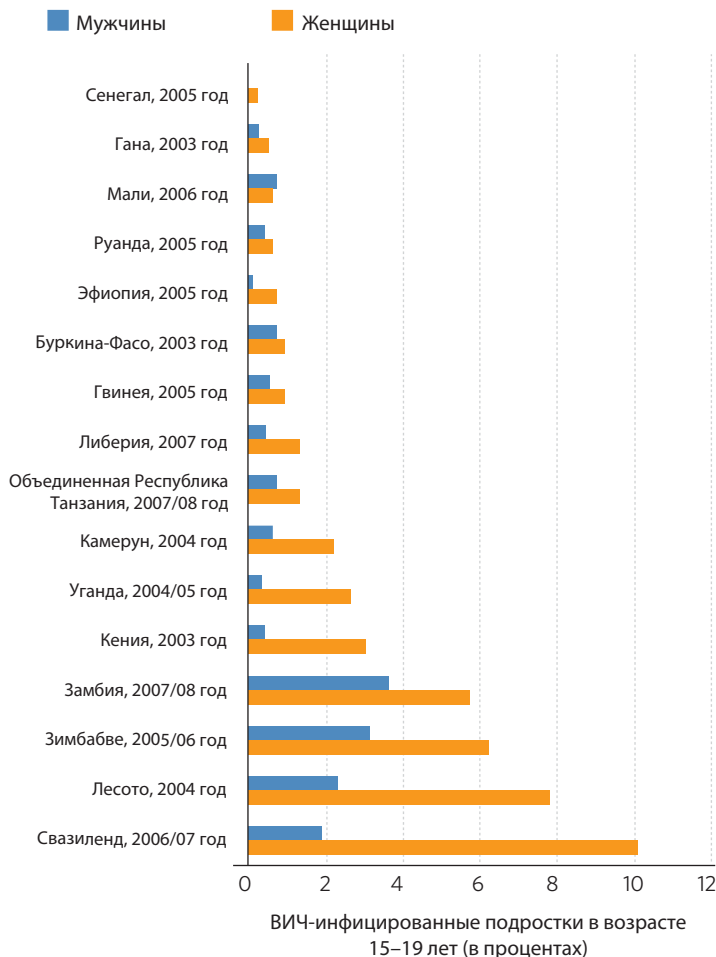
Как показывают демографические и медицинские обследования, в целом доля девочек в возрасте от 15 до 19 лет, вступавших в половые

«Я примирилась со своим статусом ВИЧ-инфицированной: что случилось, то случилось».

Нео, 15 лет, Ботсвана

контакты и сообщивших о том, что в последние 12 месяцев они болели ЗППП или испытывали соответствующие симптомы, выше, чем у мужчин той же возрастной группы, вступавших в половые контакты. Например, в Кот-д'Ивуаре о наличии ЗППП или их симптомов сообщили 25 процентов женщин в возрасте от 15 до 19 лет, когда-либо имевших сексуальные контакты, но лишь 14 процентов мужчин той же возрастной группы.

ДОЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ ОТ 15 ДО 19 ЛЕТ, С РАЗБИВКОЙ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА, В ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ АФРИКИ К ЮГУ ОТ САХАРЫ, 2001–2007 ГОДЫ



Источник: World Health Organization, 2009a.

Другие исследования ЗППП и подростков также показывают, что девочки чаще страдают этими заболеваниями, чем мальчики (Dehne and Riedner, 2005). ЗППП распространены среди подростков и детей, подвергшихся сексуальным домогательствам.

Кроме того, у девочек-подростков чаще, чем у мальчиков, встречается ВИЧ. Молодые женщины более уязвимы для ВИЧ-инфекции в силу биологических факторов, наличия более взрослых сексуальных партнеров, отсутствия доступа к информации и услугам и существования социальных норм и ценностей, подрывающих их способность защитить себя. Их уязвимость может возрастать в периоды гуманитарных кризисов и чрезвычайных ситуаций, когда бедственное экономическое положение может стать причиной возрастания опасности эксплуатации, например, торговли людьми, и повышения рисков для репродуктивного здоровья в силу продажи сексуальных услуг за деньги и другие предметы первой необходимости (World Health Organization, 2009a).

Риски для здоровья младенцев и детей

Риски для здоровья младенцев и детей матерей-подростков описываются в целом ряде документов. Доля мертворожденных и умерших вскоре после рождения детей у матерей-подростков на 50 процентов выше, чем у матерей в возрасте от 20 до 29 лет (World Health Organization, 2012a). Около 1 млн. детей, родившихся у матерей-подростков, не доживают до конца первого года жизни. Выжившие же чаще страдают низким весом при рождении и недоношенностью, чем младенцы, родившиеся у женщин в возрасте 20–29 лет. Кроме того, в тех случаях, когда у матери нет доступа к лечению, риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку оказывается выше.

Риски для здоровья девочек, рожавших до достижения 15-летнего возраста

Исследования показывают, что самые юные подростки в странах с низким и средним

ПОДРОСТКИ В ВОЗРАСТЕ 10–19 ЛЕТ, ИНФИЦИРОВАННЫЕ ВИЧ, 2009 ГОД

Регион	Женщины		Мужчины		Всего	
	Приблизительное число	[нижняя оценка–верхняя оценка]	Приблизительное число	[нижняя оценка–верхняя оценка]	Приблизительное число	[нижняя оценка–верхняя оценка]
Восточная Африка и юг Африки	760 000	(670 000 – 910 000)	430 000	(370 000 – 510 000)	1 200 000	(1 000 000 – 1 400 000)
Западная и Центральная Африка	330 000	(270 000 – 440 000)	190 000	(140 000 – 240 000)	520 000	(390 000 – 680 000)
Ближний Восток и Северная Африка	22 000	(17 000 – 30 000)	9 700	(7 800 – 12 000)	32 000	(25 000 – 40 000)
Южная Азия	50 000	(44 000 – 57 000)	54 000	(47 000 – 66 000)	100 000	(90 000 – 130 000)
Восточная Азия и Тихий океан	27 000	(15 000 – 30 000)	23 000	(14 000 – 34 000)	50 000	(29 000 – 73 000)
Латинская Америка и Карибский б-н	44 000	(34 000 – 55 000)	44 000	(31 000 – 82 000)	88 000	(62 000 – 160 000)
ЦВЕ/СНГ	9 000	(7 700 – 10 000)	3 900	(3 400 – 4 500)	13 000	(11 000 – 15 000)
По миру в целом	1 300 000	(1 100 000 – 1 500 000)	780 000	(670 000 – 900 000)	2 000 000	(1 800 000 – 2 400 000)

Источник: UNICEF, 2011.

уровнем дохода подвергаются вдвое большему риску материнской смертности и образования акушерских свищей, чем более взрослые женщины (включая более старших подростков), особенно в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии (Blum et al., 2013).

Когда молодые люди переходят из раннего в поздний подростковый возраст, их сексуальное и репродуктивное поведение приводит к все большему изменению структуры смертности и заболеваемости по признаку пола: более юные девочки-подростки подвергаются повышенному риску сексуального принуждения, инфицирования заболеваниями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ, а также возникновения присущих только девушкам последствий нежелательных беременностей и психологических травм (Blum et al., 2013).

В исследовании Neal et al. (2012) также показано, что девочки 15-летнего возраста или младше подвергаются большему риску, например, токсикоза, анемии, послеродового кровотечения и послеродового эндометрита, чем подростки более старшего возраста. Имеющиеся

данные также свидетельствуют о том, что у более юных подростков негативные послеродовые последствия подростковой беременности проявляются с большей силой.

Многие страны с высокими показателями материнства в раннем подростковом возрасте также входят в число стран с очень высокими коэффициентами материнской смертности (Neal et al., 2012).

Как показывает исследование, проведенное Всемирной организацией здравоохранения, для девочек, забеременевших в 14 лет или раньше, более характерны преждевременные роды, низкий вес новорожденного, перинатальная смертность и проблемы со здоровьем у новорожденных (World Health Organization, 2011). Риски, которым подвергаются очень юные матери и их новорожденные, особенно остро проявляются у девочек, страдающих недоеданием. Беременность может еще более подорвать статус матери и привести к нарушению нормального развития, а ее младенец с большей долей вероятности будет страдать пониженной массой тела и умерет.



▲ Мариэлла, 25 лет,
родила, когда ей было
13 лет.

© UNFPA/ Берге, Боргхилд

Девочки младше 15 лет физически не готовы к половым контактам или вынашиванию ребенка и не обладают достаточными знаниями и возможностями для принятия безопасных, информированных или добровольных решений (Dixon-Mueller, 2008). Однако в более чем 30 странах к 15 годам активную половую жизнь начинают уже 10 процентов подростков, причем в Нигерии этот показатель достигает 26 процентов. Результаты исследований показывают, что в некоторых странах первые половые контакты у многих девочек происходят не по взаимному согласию и что среди самых юных подростков доля половых контактов по принуждению выше (Erulkar, 2013).

Психосоциальное воздействие

Каждый год миллионы девочек насильно выдаются замуж, и, по оценкам, 90 процентов подростков, рожаящих детей, состоят в браке. Это означает, что миллионы девочек за очень короткий срок из детей становятся замужними матерями со взрослыми обязанностями. Сегодня они находятся на попечении родителей. Завтра они оказываются на попечении партнера или мужа, что увековечивает и уси-

ливает порочный круг гендерного неравенства, зависимости и бессилия.

На этапе перехода от детства к насильственному браку и материнству девочка может испытывать стресс или депрессию, поскольку она психологически не готова к браку, половым контактам или беременности, особенно если эти половые контакты совершаются по принуждению или без взаимного согласия. В зависимости от взглядов, бытующих в ее семье и общине, она может стыдиться ранней беременности (особенно если эта беременность происходит вне брака) и пытаться сделать аборт даже в ситуации, когда аборты запрещены и небезопасны, зачастую идя на риск непоправимых последствий для здоровья.

Воздействие на образование девочек

Девочки, которые дольше продолжают учиться в школе, подвергаются меньшему риску забеременеть. Образование готовит девочек к жизни и работе, повышает их самооценку и их статус в семье и общине и дает им возможность оказывать больше влияния на решения, затрагивающие их жизнь. Кроме того, образование сни-

жает вероятность детских браков и позволяет отсрочить беременность, что в конечном итоге предопределяет более положительные последствия родов для здоровья.

Проведенное новое обследование стран для оценки достигнутого ими прогресса в осуществлении Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года подтверждает, что повышение показателей грамотности среди женщин в возрасте от 15 до 19 лет сопровождается значительным снижением показателей подростковой рождаемости (UNFPA, 2013a).

Как показал проведенный недавно анализ данных по 39 странам, везде — за исключением Бенина и Мали — незамужние девочки (в возрасте 15–17 лет), продолжающие школьное обучение, значительно реже вступают в добрачные половые связи, чем их сверстницы, не посещающие школу (Biddlecom et al., 2008; Lloyd, 2010). Эти выводы наглядно свидетельствуют о том, что образование может оградить от подростковой беременности и ее пагубных последствий.

Социально-экономические выгоды для девочки, продолжающей школьное обучение, велики, но столь же велики и издержки для девочки, которая рано бросает школу — или исключается из нее из-за беременности.

Вместе с тем четко отследить причинно-следственную связь между подростковой беременностью и ранним прекращением школьного обучения может быть нелегко (UNFPA, 2012a). Возможно, что беременные девочки бросили школу еще до начала беременности или вообще никогда не обучались в школе. Как показало одно из исследований положения во франкоязычных странах Африки, лишь от 5 до 10 процентов девочек бросают школу — или их исключают — по причине беременности (Lloyd and Mensch, 2008). В то же время в ходе исследования обнаружилось, что более вероятной причиной является «образование союза»: первый брак или сожительство.

Вместе с тем для многих подростков, становящихся матерями, формальное образование

оказывается закрыто раз и навсегда либо в силу индивидуальных обстоятельств, таких как детский брак или давление родных и соседей, либо потому, что школы запрещают беременным девочкам посещать занятия или не разрешают возвращаться к учебе после рождения ребенка (Panday et al., 2009). И даже в тех странах, где закон разрешает девочкам возобновить школьное обучение, этой возможностью на деле пользуется меньшинство девочек. Например, в Южной Африке в конституции и законе о школах 1996 года говорится, что девочки не должны лишаться доступа к образованию по причине беременности, однако в ходе одного обследования выяснилось, что лишь каждая третья девочка-подросток, бросившая школу по причине беременности, возобновляет в будущем обуче-

ЗАМУЖЕМ И СНОВА В ШКОЛЕ

Филезия — беззаботная 15-летняя хохотушка, обожающая болтать с подругами. Она наслаждается своим положением ученицы 8 класса общеобразовательной начальной школы в Малави и говорит, что с нетерпением ожидает момента, когда менее чем через год перейдет в среднюю школу. Однако Филезия отличается от всех остальных учеников в ее классе. Ее родители заставили ее бросить школу и выйти замуж, после чего она забеременела в 13 лет.

«Мой парень, которому в то время было 18 лет, уговорил меня заняться с ним сексом. Он сказал мне, что я слишком маленькая, чтобы забеременеть, и я ему поверила», — рассказала Филезия. Она забеременела после двух половых контактов. «Я ничего не знала о противозачаточных средствах, поэтому мы никак не предохранялись».

«Когда мои родители узнали, что я беременна, они сказали, что я не могу больше оставаться в их доме. Они передали меня семье моего парня, и после традиционной свадьбы мы стали жить вместе», — рассказывает Филезия.

После рождения сына Филезия прожила в браке еще два года, но теперь смогла вернуться в школу, когда ее спасла от судьбы несовершеннолетней невесты Общинная группа помощи жертвам при содействии организованной по инициативе ЮНФПА Совместной программы Организации Объединенных Наций в отношении девочек-подростков.

«Благодаря молодежному клубу, в который я вступила, я теперь знаю о противозачаточных средствах. Я не намерена возобновлять половую жизнь, пока не закончу школу, потому что когда я вышла замуж, мне пришлось столкнуться с крайней нуждой», — говорит Филезия. Филезия хочет стать полицейской. «Я хочу заниматься спасением других девочек, которых насильно выдают замуж в раннем возрасте».

ние. В ходе исследования в Чили обнаружилось, что рождение ребенка снижает вероятность продолжения девочками обучения и окончания средней школы на 24–37 процентов (Kruger et al., 2009).

Проблема неполучения законченного образования матерями-подростками характерна не только для развивающихся стран. Например, в Соединенных Штатах в 2011 году у подростков в возрасте от 15 до 19 лет родилось 329 772 ребенка. Лишь половина девочек, забеременевших в подростковом возрасте, смогли к 22 годам получить полное среднее образование. Напротив, девять десятых девушек, не забеременевших в подростковом возрасте, получили к 22 годам свидетельство об окончании средней школы (Perper et al., 2010).

Чем дольше девочки не посещают школу, тем менее вероятно, что они возобновят свое обучение. Для того чтобы девочки могли вернуться в школу, оказание им моральной поддержки является необходимым, но зачастую не достаточным условием: молодые матери также нередко нуждаются в финансовой помощи, уходе за ребенком и индивидуальном консультировании, которое должно помочь им спра-

виться с проблемами подросткового материнства, в том числе с осуждением.

Экономическое воздействие

Согласно исследованию, проведенному Всемирным банком, когда девочка в состоянии отсрочить беременность, она, по-видимому, располагает и социальными возможностями, позволяющими ей посещать школу, а затем и получить более доходную работу или воспользоваться другими возможностями получения дохода, т.е. приобрести экономические возможности (Chaaban and Cunningham, 2012). Инвестиции, расширяющие возможности девочек, благотворны для экономики; и наоборот, издержки, связанные с отказом инвестировать в девочек, высоки. Издержки в виде жизненных возможностей, утраченных в результате подростковой беременности, — оцениваемые по недополученному матерью ежегодному доходу на протяжении всей ее жизни — оцениваются от 1 процента годового ВВП в Китае до 30 процентов годового ВВП в Уганде. Издержки в виде утраченных возможностей — это показатель того, «что могло бы быть», если бы на развитие девочек направлялись дополнительные инвестиции.

Исследование Всемирного банка иллюстрирует издержки в виде возможностей, утраченных в результате подростковой беременности и прекращения школьного образования. Например, если бы все 1,6 млн. девочек-подростков в Кении окончили среднюю школу и если бы 220 098 матерей-подростков не забеременели, а получили работу, то кумулятивный эффект выразился бы в ежегодном увеличении валового дохода Кении на 3,4 млрд. долл. США. Это эквивалентно вкладу всего строительного сектора Кении. Точно так же если бы в Бразилии девочки-подростки беременели не ранее наступления 20-летнего возраста, то повышение производительности труда принесло бы экономике страны более 3,5 млрд. долл. США, а отдача от повышения производительности труда в Индии составила бы дополнительно 7,7 млрд. долл. США.

«Мне было одновременно радостно и грустно. Радостно, потому что я родила своего драгоценного сынишку... Однако моим родителям теперь приходится содержать и меня, и моего ребенка... Я бросила школу, и теперь мне приходится искать работу, чтобы прокормить моего сына... Я мать-одиночка. Мне приходится делать все ради моего ребенка».

Токо, Южная Африка (возраст не указан)

Поскольку большинство случаев подростковой беременности приходится на период обучения девочек в средней школе, прекращение образования до завершения *средней* школы обходится экономике дороже, чем прекращение обучения в начальной школе. В силу того, что доля таких девочек среди учениц средней школы значительно выше, чем среди учениц начальной школы, негативное воздействие на отдачу от инвестиций в среднее образование оказывается гораздо сильнее, чем на отдачу от инвестиций в начальную школу.

В исследовании Всемирного банка говорится, что результаты этого анализа занижают подлинную величину затрат, вызванных отказом от инвестиций в девочек. Рассчитанные издержки представляют собой лишь экономические потери и должны рассматриваться как уступающие подлинным социальным издержкам. В исследовании анализируется только утраченная производительность на рынке труда и, таким образом, не оцениваются издержки в виде ухудшения здоровья женщин, что может сказаться в будущем на производительности труда ребенка, как свидетельствуют исследования, показывающие, что дети матерей-подростков хуже учатся в школе, и социальные издержки, с которыми сталкиваются матери-подростки, не состоящие в браке.

Подлинные издержки, которые учитывали бы более плохое состояние здоровья детей этих девочек, меньшую продолжительность жизни при рождении, устаревание профессиональных навыков у девочек, не имеющих работы, уменьшение социальных возможностей и т.д., скорее всего, во много раз превышают рассчитанные в исследовании показатели (Cunningham et. al., 2008).

Когда недостатки политики или другие факторы, оказывающие давление на девочек-подростков, приводят к появлению большого числа случаев беременности, экономические издержки могут перекладываться с отдельного человека на общину и всю страну.

Например, некоторые издержки могут возникать в результате увеличения спроса на

ДОЛЯ ПОЖИЗНЕННЫХ ИЗДЕРЖЕК В СВЯЗИ С ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ У НЫНЕШНЕЙ КОГОРТЫ ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ 15–19 ЛЕТ В ГОДОВОМ ВВП



Источник: Chaaban and Cunningham, 2011.

услуги и без того перегруженной системы здравоохранения в виде необходимости спасения подростков от осложнений в результате небезопасных абортов. По данным Международной коалиции в защиту сексуальных и репродуктивных прав (2002 год), «Судя по данным регистрации пациентов в больницах, во многих развивающихся странах от 38 до 68 процентов женщин, обращающихся за помощью в результате осложнений после аборта, моложе 20 лет». В Эфиопии в 2008 году «с жалобами на осложнения после небезопасных абортов

ПРАВАЗАЩИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Нарушение прав нередко оказывается первопричиной и — зачастую — следствием подростковой беременности.

Забеременевшие девочки зачастую не в состоянии реализовать свои права, гарантированные международными соглашениями, такими как Конвенция о правах ребенка. Кроме того, когда девочка не может воспользоваться основными правами, такими как право на образование, она становится более уязвимой для беременности до достижения взрослого возраста.

Если причиной беременности девочки-подростка оказывается сексуальное насилие или принуждение, то ее права ущемляются еще больше. Если эта девочка не может посещать школу, поскольку она беременна или обязана ухаживать за своими детьми, то ее права вновь нарушаются. Если она не может посещать школу, то ее возможности получения дохода в жизни снижаются, а вероятность провести остаток жизни в нищете резко возрастает.

В прошлом году Управление Верховного комиссара по правам человека выпустило революционный доклад, в котором на основании многочисленных резолюций Совета по правам человека Организации Объединенных Наций материнская смертность и заболеваемость были названы нарушениями прав человека, а также были определены некоторые первопричины подростковой беременности:

Первый шаг состоит в том, чтобы проанализировать не только то, почему для девочек-подростков характерны высокие показатели материнской заболеваемости и смертности, но и то, почему эти девочки становятся беременными. Правозащитный подход позволяет вычленить суть проблемы и решать ее путем устранения как непосредственных, так и глубинных причин материнской заболеваемости и смертности ввиду того, что они определяют возможности разрешения конкретных проблем на местном уровне. Подростковая беременность может объясняться, помимо множества других факторов, отсутствием комплексного полового воспитания; гендерными нормами, подталкивающими к ранней беременности; ранними браками; высоким уровнем сексуального насилия и/или распространенностью платных сексуальных услуг; отсутствием медицинских услуг, предназначенных для молодежи; нехваткой недорогостоящих и доступных противозачаточных средств; или сочетанием вышеизложенных факторов (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2012, para. 59).

Ситуация усугубляется тем, что различные проявления неравенства взаимно усиливают друг друга. Девочки-подростки, живущие в нищете или в сельской местности, или девочки, являющиеся при этом инвалидами или принадлежащие к коренному населению, сталкиваются с еще большими барьерами на пути доступа к информации и услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, и в некоторых случаях с большей вероятностью оказываются жертвой сексуального насилия.

Решение проблемы подростковой беременности путем гарантирования прав человека представляет собой развитие международной нормативной базы, предписывающей правительствам принимать меры, дающие девочкам возможность пользоваться своими правами на образование, здоровье и жизнь, свободную от насилия и принуждения. Дети обладают такими же правами человека, как и взрослые, но при этом пользуются особой защитой для устранения неравенства, обусловленного их возрастом.

Таким образом, защита прав может помочь устранить многие из условий, способствующих подростковой беременности, и позволить смягчить многочисленные последствия такой беременности для девочки, ее семьи и ее общины. Решение этих проблем путем обеспечения защиты прав человека имеет ключевое значение для успеха попыток разорвать порочный круг ущемления прав, нищеты, неравенства, отчуждения и подростковой беременности.

На Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в 1994 году 179 правительств признали взаимосвязь между ранними браками, подростковой беременностью и повышенным уровнем материнской смертности среди подростков. В Программе действий МКНР была особо отмечена чрезвычайно важная роль, которую образование может иметь в предотвращении этих пагубных последствий (Программа действий МКНР, принцип 4 и пункт 7.41). Правительства договорились защищать и поощрять права подростков на просвещение и информацию в области репродуктивного здоровья и гарантировать всеобщий доступ к полной и достоверной информации о репродуктивном здоровье.

После МКНР органы Организации Объединенных Наций по наблюдению за выполнением договоров, которые занимаются анализом и мониторингом соблюдения правительствами договоров по правам человека, начали признавать необходимость расширения имеющихся у подростков возможностей принимать информированные решения в отношении собственной жизни, и стали утверждать, что подростки обладают такими же правами человека, включая репродуктивные права, как и взрослые. В Конвенции о правах ребенка — правозащитном договоре, ратифицированном наибольшим числом государств мира, — прямо признается, что дети обладают правами. Однако поскольку они лишены правоспособности действовать от своего имени, во многих случаях дети, являясь обладателями прав, лишены способности или возможности воспользоваться ими. Такое отсутствие самостоятельности в принятии решений в сочетании с низким социальным и экономическим статусом детей и их физической уязвимостью осложняет для них возможность реализации указанных прав.

в медицинские учреждения обратились около 52 600 женщин» (Guttmacher Institute, 2010). Ввиду того, что средний возраст женщин, делающих аборт в Эфиопии, составляет 23 года, можно с уверенностью предположить, что среди тех эфиопок, которые лечились от осложнений после аборта, значительную долю составляют подростки (Guttmacher Institute, 2010). Согласно оценкам, содержащимся в недавно подготовленном документе (Abdella et al., 2013), прямые расходы национальной системы здравоохранения в Эфиопии в связи с необходимостью лечения осложнений после аборта составляли от 6,5 млн. до 8,9 млн. долл. США в год. В некоторых странах Латинской Америки больницы переполнены подростками, нуждающимися в лечении от осложнений в результате беременности, родов или абортов.

Указанные издержки не ограничиваются расходами на лечение от осложнений после абортов или одними только развивающимися странами: «В 2008 году [в Соединенных Штатах], подростковая беременность и рождаемость обошлись американским налогоплательщикам почти в 11 млрд. долл. США в год в виде роста расходов на здравоохранение и опеку, увеличения доли детей родителей-подростков среди заключенных и недополучения налоговых поступлений из-за того, что матери-подростки хуже учатся и меньше зарабатывают» (National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 2011).

Заключение

Беременность и роды в подростковом возрасте могут иметь негативные последствия для физического и психического здоровья девочек и их социального благополучия, успехов в учебе и возможности получения доходов. Эти последствия коренятся в основном в устойчиво сохраняющемся гендерном неравенстве и дискриминации в правовых, социальных и экономических структурах, что приводит к осуждению и маргинализации и является нарушением основополагающих прав человека. Когда девочек

«Говорить о сексе запрещено. Иногда по телевидению показывают программы о противозачаточных средствах, однако молодежь относится к ним недостаточно внимательно. Мы говорим о сексе между собой, однако не обсуждаем этот вопрос с родителями. Чаще всего именно девочки обращаются к мальчикам с просьбой воспользоваться презервативом. Мальчики даже и не думают предложить девочкам принять таблетку или использовать другой метод предохранения от беременности».

Нгумана, 17 лет, Сене

лишают информации и услуг, необходимых им для предупреждения беременности, их самостоятельность подрывается. Когда их по причине беременности исключают из школы, их права нарушаются. Когда их заставляют выйти замуж или подвергают сексуальному насилию или принуждению, их права нарушаются еще больше.

Когда права человека девочек уважаются, они реже подвергаются осуждению и маргинализации и могут свободно развивать и поддерживать здоровые отношения с друзьями и сверстниками. Они имеют доступ к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и могут получить образование вне зависимости от своего положения. У них больше возможностей стать здоровыми, производительными и обладающими соответствующими возможностями гражданами, способными стать равноправными членами своей семьи, общины и страны.



З

Давление по многим направлениям

Подростковые беременности происходят не на пустом месте, а являются следствием взаимодействия ряда факторов, таких как повсеместная нищета, непротивление общин и семей детским бракам и недостаточно активные попытки удержать девочек в школе.

◀ 40-летний Фаиз Мохаммед и 11-летняя Гулям Хайдер у нее дома перед бракосочетанием в деревне Дамарда, Афганистан, 11 сентября 2005 года

© Стефани Синклэр/«VII нетворк»

Подростковые беременности происходят не на пустом месте, а являются следствием взаимодействия ряда факторов, таких как повсеместная нищета, непротивление общин и семей детским бракам и недостаточно активные попытки удержать девочек в школе.

В 1994 году на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) 179 правительств договорились «поощрять права подростков на просвещение, информацию и помощь в области репродуктивного здоровья и значительно сократить количество беременностей в подростковом возрасте» (Программа действия МКНР, пункт 7.46).

Однако многие из принятых — как до, так и после 1994 года — мер по достижению целей сокращения числа подростковых беременностей отличались узкой направленностью и предусматривали воздействие на девочек как на проблему и изменение их поведения как решение.

Такие меры, как правило, не приводят к сокращению числа случаев подростковой беременности, поскольку игнорируют экономические, социальные, правовые и иные обстоятельства, структуры, системы, нормы и нарушения прав, являющиеся первопричинами подростковой беременности во всем мире. Еще одним недостатком таких подходов является игнорирование роли мужчин и женщин в увековечивании и предупреждении подростковой беременности.

Учет всего комплекса сложных факторов, подталкивающих подростков к беременности, и их взаимодействие обеспечивает «экологический» подход к проблеме подростковой беременности. Он может помочь правительствам, национальным руководителям и заинтересованным сторонам разобраться в проблемах и разработать более эффективные меры, которые не только приведут к уменьшению числа случаев беременности, но и помогут разрушить многочисленные барьеры, препятствующие расширению возможностей девочек, с тем чтобы беременность не являлась впредь самым вероятным исходом.

Одна из таких экологических моделей дает представление о совокупности сил, действующих вопреки интересам девочки-подростка и повышающих вероятность того, что она забеременеет (Blum and Johns Hopkins, 2013). Хотя эти силы носят многочисленный и многоуровневый характер, все они, так или иначе, ущемляют способность девочки пользоваться своими правами и возможностями, позволяющими ей самостоятельно определять свое будущее.

Большинство определяющих факторов в этой модели действуют более чем на одном уровне. Например, политика, проводимая на *национальном уровне*, может ограничивать доступ подростков к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая противозачаточные средства, а *община или семья* может выступать против участия девочек в программах комплексного полового воспитания или получения другой информации о способах предупреждения беременности.

Эта модель наглядно показывает, что подростковые беременности происходят не в вакууме, а являются следствием взаимодействия ряда факторов, таких как повсеместная нищета, непротивление общин и семей детским бракам и недостаточно активные попытки удержать девочек в школе.

В выпущенной в 2012 году технической инструкции по применению правозащитного подхода к снижению уровня материнской смертности Управление Верховного комиссара по правам человека призвало государства ликвидировать разнообразные многоуровневые факторы, способствующие подростковой беременности, путем устранения «как непосредственных, так и глубинных причин» (Human Rights Council, 2012). Гендерные нормы, стимулирующие раннюю беременность, детские браки, сексуальное насилие и другие подобные глубинные причины, перечисленные Управлением Верховного комиссара по правам человека, также учтены в этой экологической модели.

ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ



- Законы, ограничивающие доступ к противозачаточным средствам
- Несоблюдение законов, запрещающих детские браки
- Экономический спад, нищета
- Недостаточные инвестиции в человеческий капитал девочек
- Политическая нестабильность, гуманитарные кризисы и бедствия



- Негативное отношение к самостоятельности девочек
- Негативное отношение к половой жизни подростков и доступу к противозачаточным средствам
- Ограниченный доступ к услугам, предназначенным для молодежи
- Отсутствие дородового и послеродового ухода за молодыми матерями
- Атмосфера сексуального принуждения и насилия



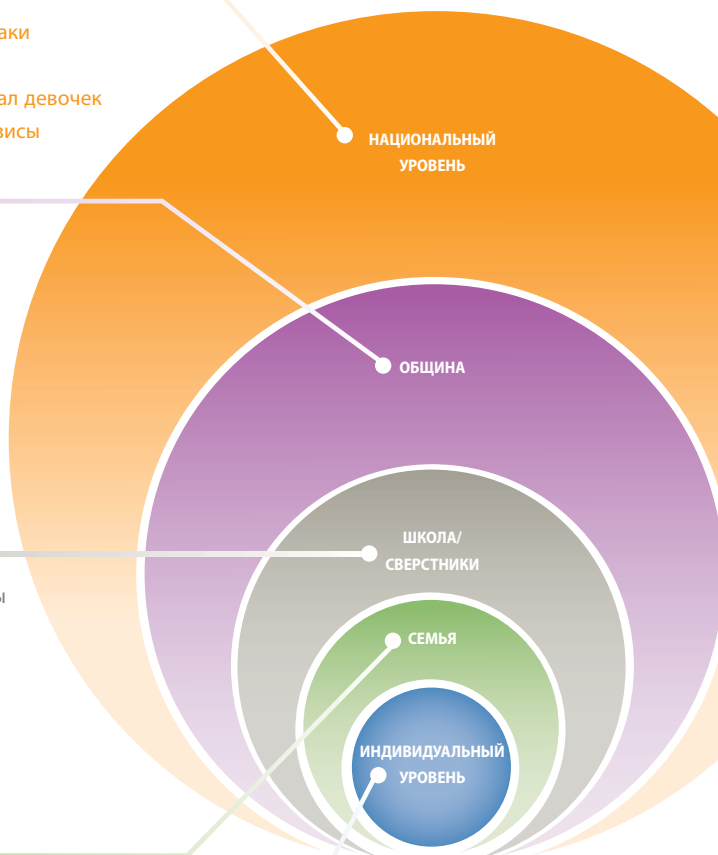
- Препятствия на пути посещения девочками школы или продолжения школьного образования
- Отсутствие информации или доступа к качественному комплексному половому воспитанию
- Давление сверстников
- Отрицательное отношение партнеров, продиктованное гендерными соображениями, и рискованное поведение



- Отрицательное отношение к дочерям
- Недостаточное признание ценности образования, особенно для девочек
- Положительное отношение к детским бракам



- Возраст полового созревания и начала половой жизни
- Социализация девочек, воспитывающая их в убеждении, что единственным вариантом жизненного пути является материнство
- Воспитание в духе признания неравенства по гендерному признаку
- Недостаточное признание расширяющихся возможностей



Определяющие факторы на национальном уровне

Национальные законы и стратегии, степень приверженности правительства выполнению обязательств, закрепленных в инструментах и договорах по правам человека, масштабы нищеты или лишений и политическая стабильность — все это может влиять на то, в каком возрасте девочка забеременеет. Эти факторы неподконтрольны подростку — или вообще любому человеку, — однако они могут оказывать огромное влияние на то, какие у девочки есть возможности самостоятельно определять свое будущее и раскрывать свой потенциал.

Например, национальные законы, запрещающие детские браки, в случае обеспечения их соблюдения могут помочь устранить один из главных факторов, определяющих риск беременности у девочек.

На национальном уровне доступ подростков к противозачаточным средствам может быть заблокирован в силу законов, запрещающих лицам моложе 18 лет пользоваться услугами в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, без согласия родителей или супругов, что лишает девочек, ведущих активную половую жизнь, и их партнеров возможности получать и применять противозачаточные средства. Кроме того, во многих странах запрещается пользоваться средствами экстренной контрацепции или предоставлять подросткам доступ к ним.

В некоторых странах возраст, в котором подросток правомочен давать согласие на половые отношения, и минимальный возраст получения доступа к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая противозачаточные средства и инфор-

Девушка-подросток проходит дородовой осмотр в предназначенном для молодежи медицинском центре Тан Уксил в Петене, Гватемала.

© Марк Тушман/Всемирная федерация планируемого родительства



мацию, никак не связаны. В результате возможности подростков могут быть ограничены требованием предоставлять им услуги лишь с согласия родителей, или же решение вопроса об их возможности или праве обращения за такими услугами может быть отдано на откуп медицинским работникам. Медицинские работники могут неохотно предоставлять такой доступ, опасаясь недовольства родителей или опекунов, которые, возможно, не хотят, чтобы их дети пользовались противозачаточными средствами или получали другие услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

Главным определяющим фактором подростковой беременности на национальном уровне является общее недоинвестирование в развитие человеческого капитала девочек, особенно в образование и здоровье, включая сексуальное и репродуктивное здоровье. Из каждого доллара, потраченного на международное развитие, непосредственно на девочек-подростков расходуется менее двух центов (International Planned Parenthood Federation, данные отсутствуют).

Как правило, случаи подростковой беременности чаще встречаются среди коренных народов и этнических меньшинств, что объясняется целым рядом причин, включая дискриминацию и отчуждение, отсутствие доступа к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, нищетой или практикой детских браков. Например, в Сербии показатель подростковой рождаемости среди цыганского меньшинства равняется 158, что более чем в шесть раз превосходит средний показатель по стране, составляющий 23,9, и выше, чем аналогичный показатель во многих наименее развитых странах (Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF, 2011). В Болгарии более 50 процентов цыганских девочек-подростков рожают ребенка до достижения 18-летнего возраста, а в Албании средний возраст цыганок в момент рождения их первого ребенка составляет 16,9 года (UNDP, 2011; UNFPA, 2012с). Высокие показатели подростковой рождаемости у цыган

«...Это случилось в первый же год после того, как я перешла из начальной школы в среднюю. Однажды ночью я пошла за водой... он схватил меня...и изнасиловал. Я была напугана, но мне было всего 15 лет, и я даже представить себе не могла, что могу забеременеть. Я узнала об этом позже».

Леокади, 16 лет, Бурунди

связаны с ограниченным доступом к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая средства планирования семьи, детскими браками, социальной и экономической изоляцией от подавляющего большинства населения страны и давлением в их общинах (Colombini et al., 2011).

Еще одним видом сил, действующих на национальном уровне, которые могут лишать подростков возможностей в жизни, являются нищета и экономическая стагнация. В условиях, когда возможности трудоустройства, получения средств к существованию, достижения самодостаточности, поддержания достойного уровня жизни и всего, что с этим связано, ограничены, девочка становится более уязвимой для раннего брака и беременности, поскольку она или ее семья могут рассматривать такой шаг как единственный открытый для нее вариант построения своей жизни. Кроме того, малообеспеченные подростки реже завершают школьное обучение и в силу этого зачастую имеют более ограниченный доступ к организованному в школе комплексному половому воспитанию или информации о сексуальном и репродуктивном здоровье и средствах предупреждения беременности (World Health Organization, 2011).

В условиях многочисленных чрезвычайных ситуаций, конфликтов и кризисов девочки-подростки зачастую оказываются оторваны от семьи и отрезаны от защищающих их социальных структур. Поэтому они подвергаются повышенному риску изнасилования, сексуальной эксплуатации и домогательств, что еще более усиливает их уязвимость для беременно-

«Я пришла в гостиницу, где встретила со своим парнем. Он предложил мне заняться сексом без презерватива. Я сказала ему: «Нет, только с презервативом». Он сказал: «Если ты забеременеешь, я буду рад заботиться о ребенке». Вот так я и получила эту девочку.

Уитни, 16 лет, Суринам

сти (Save the Children and UNFPA, 2009). Чтобы прокормить себя или свою семью в условиях кризиса (а также в условиях крайней нищеты), девочки-подростки могут чувствовать себя вынужденными заниматься оказанием сексуальных услуг, что усиливает их уязвимость для насилия, заболеваний, передаваемых половым путем, и беременности. Между тем из-за перебоев в оказании услуг, разрушении инфраструктуры, отсутствии безопасности или неспособности поставщиков справиться с резким повышением спроса на их услуги доступ к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, может быть ограничен. К тому же школы, зачастую являющиеся главным организатором комплексного полового воспитания, могут быть разрушены, а других источников достоверной и полной информации о том, как

избежать беременности или заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, может не хватать или не существовать. В некоторых кризисных ситуациях родители могут насильно выдавать девочек замуж с целью уменьшить экономические тяготы или в расчете на то, что это поможет им уберечь дочерей от беды в ситуации, когда сексуальное насилие является обычным делом.

Определяющие факторы на уровне общины

Каждая община придерживается своих собственных норм, убеждений и взглядов, которые определяют, насколько самостоятельной и мобильной должна быть девочка, насколько свободно она может пользоваться своими правами, ограждена ли она от насилия, должна ли она выходить замуж по принуждению, насколько вероятна ее беременность и может ли она вернуться к учебе после рождения ребенка.

Силы на уровне общины особенно важны, поскольку именно они определяют, сложится ли в общине атмосфера сексуального принуждения, имеет ли молодежь возможность высказывать свое мнение в отношении жизни в общине, предлагаются ли предназначенные для молодежи услуги в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и обеспечиваются ли доступ к ним, а также насколько хорошо оснащены и укомплектованы службы, занимающиеся охраной материнского здоровья, с тем чтобы обеспечивать уход за девочками во время беременности и родов, а затем помогать им избежать новой беременности.

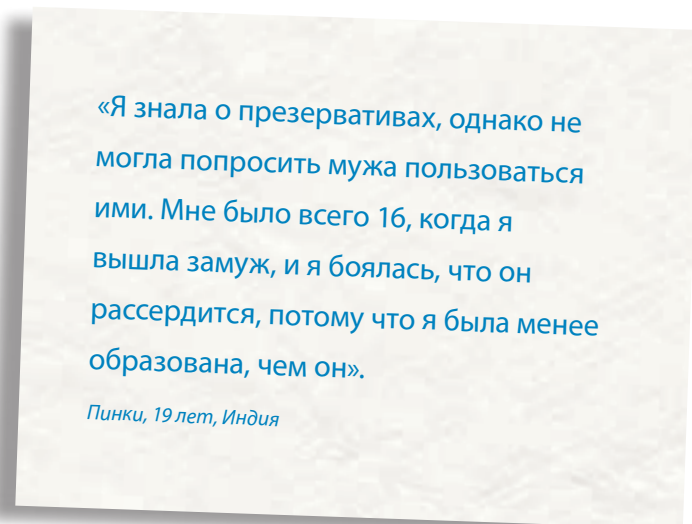
Доступ к противозачаточным средствам и услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья

Осложнения при беременности и родах являются одной из главных причин смерти девочек-подростков, а акушерские свищи (возникающие в результате затяжных патологических родов) — одним из главных источников заболе-

ваемости (Patton et al., 2009; Abu Zahr, C., 2003). Противозачаточные средства, в том числе мужские и женские презервативы, могут помочь предотвратить беременность и инфицирование заболеваниями, передаваемыми половым путем, и устранить многие из сопутствующих рисков здоровью. Вместе с тем неудовлетворенная потребность подростков в противозачаточных средствах, информации и услугах по-прежнему велика, несмотря на принятые международным сообществом обязательства устранить барьеры на пути к средствам планирования семьи.

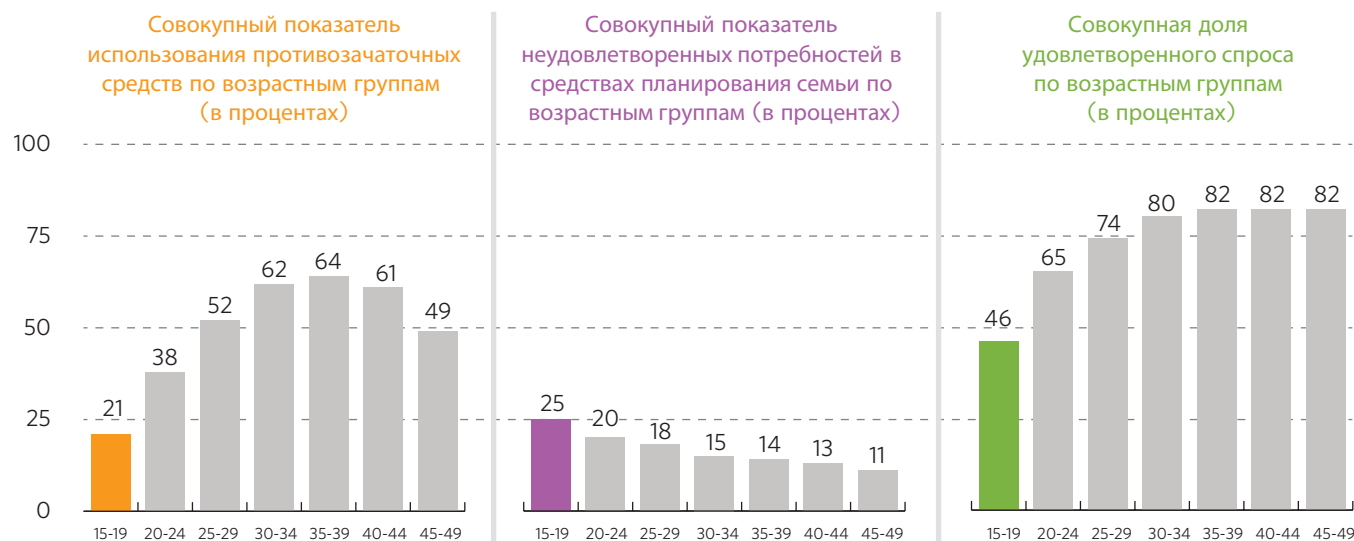
Вследствие этого часть крупнейшего в истории человечества поколения подростков не может в полной мере реализовать свои репродуктивные права и избежать нежелательной беременности и защитить себя от заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ (UNFPA 2012a).

В странах Африки к югу от Сахары и в странах Южной, Центральной и Юго-Восточной Азии более 60 процентов подростков, которые хотели бы избежать беременности, испытыва-



ют неудовлетворенную потребность в современных средствах контрацепции. На долю подростков, которые не пользуются современными средствами контрацепции или вместо этого прибегают к традиционному методу планирования семьи, приходится более 80 процентов нежелательных беременностей в этой возрастной группе (UNFPA 2012a).

ПОКАЗАТЕЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ И СПРОСА НА НИХ ПО СЕМИ ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ, ПОСЛЕДНИЕ ИЗ ИМЕЮЩИХСЯ ДАННЫХ



Источник: UNFPA, 2013.

Отношение, убеждения и доступ к противозачаточным средствам

На уровне общин доступ к противозачаточным средствам может ограничиваться нормами, моральными принципами, отношением и убеждениями, согласно которым подростки *не должны* вести половую жизнь, в силу чего им не требуются противозачаточные средства. Этот разрыв между отношением взрослых и реальностью подростков — верный путь к ранней беременности. Возможность получения подростками доступа к противозачаточным средствам может также определяться гендерными нормами — в общине или на национальном уровне. В некоторых обществах от девочек ожидают раннего замужества или доказательств способности к деторождению до официального супружества. От мальчиков может ожидаться, в частности, получение сексуального опыта и подтверждение способности иметь детей (World Health Organization, 2012b).

Влияние сложившихся на уровне общины социально-культурных условий на репродук-

тивное поведение молодых женщин исключительно велико (Goicolea, 2009). В отдельных районах Африки к югу от Сахары и в Южной Азии, а также в малоимущих общинах стран с высоким уровнем дохода могут бытовать убеждения, что девочки «предназначены» для материнства и что их социальная ценность определяется их способностью рожать детей (Presler-Marshall and Jones, 2012; Edin and Kefalas, n.d.).

Примерно каждая четвертая женщина в возрасте от 15 до 49 лет в развивающихся странах никогда не состояла в браке. Эта незамужняя группа состоит в основном из подростков и молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет. В этой группе незамужних девочек и молодых женщин наблюдается устойчивая долгосрочная тенденция к повышению уровня сексуальной активности, которая объясняется сочетанием факторов: снижением во всем мире возраста менархе, повышением возраста вступления в брак и изменением социальных ценностей (Singh and Darroch, 2012). Когда эти никогда не состоявшие в браке девочки-подростки и

▼ Участницы Комплексной программы расширения возможностей для сокращения числа случаев незапланированной беременности, осуществляемой при содействии организации «Самые разные женщины» и ЮНФПА.

© ЮНФПА/Гайана



молодые женщины начинают активную половую жизнь, они сталкиваются с гораздо более серьезными трудностями в попытке приобрести противозачаточные средства, чем замужние женщины, во многом из-за осуждения, которому подвергается добрые половые связи.

Доступ и потребности подростков, состоящих в браке

Практически каждая третья девочка-подросток, не достигшая 18-летнего возраста, в развивающихся странах, исключая Китай, состоит в браке или гражданском союзе (ЮНФПА, 2012b). 23 процента из представительниц этой группы пользуются современными или традиционными методами контрацепции, 23 процента испытывают неудовлетворенные потребности в этой области, а 54 процента не нуждаются в противозачаточных средствах, поскольку, по их словам, хотят забеременеть. По данным Всемирной организации здравоохранения (2008 год), 75 процентов детей, родившихся у подростков, были «желанными».

По сравнению с другими возрастными группами подростки, состоящие в браке или гражданском союзе, реже всего пользуются противозачаточными средствами и при этом имеют наибольшие неудовлетворенные потребности, т.е. отличаются наименьшим уровнем удовлетворенного спроса на противозачаточные средства. Основные причины, по которым они не пользуются или прекратили пользоваться такими средствами, заключаются в том, что они недостаточно знают об этих средствах и боятся побочных последствий или уже сталкивались с ними на практике.

В странах, где широко распространены детские браки и где предпочтение явно отдается сыновьям, на замужних девочек оказывается давление с целью заставить их отказаться от пользования противозачаточными средствами, пока они не родят мальчика (Filmer et al., 2008). В ходе анализа 5 млн. деторождений в 65 странах обнаружили данные, свидетельствующие о том, что предпочтение, отдаваемое сыновьям,

«Я начала ходить на свидания ради еды... Все закончилось беременностью».

Малебого, 19 лет, Ботсвана

влияет на уровень рождаемости в Южной Азии, Восточной Европе и Центральной Азии.

Взгляды и поведение, обусловленные гендерными признаками

Жесткие представления о том, как должны вести себя девочки, мальчики, женщины и мужчины и каких взглядов они должны придерживаться, закладываются еще в детстве, а сформировавшиеся в обществе нормы варьируются в зависимости от местных условий и взаимодействия с социально-культурными факторами, такими как класс или каста. Эти социальные и гендерные нормы передаются из поколения в поколение и укрепляются на множестве уровней: в общении отдельных людей в группах сверстников и в семьях и благодаря бытующим в общине отношениям и действиям (UNFPA, 2012a).

Различия в обращении с мальчиками и девочками проявляются уже в раннем возрасте и сохраняются по мере их взросления на протяжении всей их жизни. В результате все — мальчики, девочки, мужчины и женщины — впитывают четкое представление о том, как они должны и не должны вести себя и думать, и уже в раннем возрасте начинают предъявлять к себе и к другим женщинам и мужчинам разные ожидания. Зачастую эти ожидания могут выливаться в практические действия и рискованные поступки, которые могут иметь негативные последствия для сексуального и репродуктивного здоровья, включая подростковую беременность (UNFPA, 2012a). Во мно-

гих странах наличие у мальчиков и мужчин множества партнеров или половые связи без презерватива морально одобряются.

Многие девочки и молодые женщины говорят, что они не пользуются противозачаточными средствами — даже когда они знают, что такие средства имеются, и когда они вправе настаивать на их использовании, — потому что их партнеры-мужчины возражают против этого или отрицательно относятся к предупреждению беременности (Presler-Marshall and Jones, 2012). Для девочек-подростков, состоящих в браке или в гражданском союзе, игнорирование возражений мужчины против использования противозачаточных средств может быть сопряжено с особенно серьезными рисками. Если замужняя девочка втайне воспользуется противозачаточными средствами, то это может закончиться побоями, разводом или другими формами наказания, если ее поймут или если она не будет рожать

детей (Presler-Marshall and Jones, 2012). В тех случаях, когда позиция мужчин оказывается главной или преобладающей в обществе, женщины могут солидаризироваться с таким отношением и тоже начать отрицательно относиться к противозачаточным средствам.

Службы, предназначенные для молодежи

Под службами охраны сексуального и репродуктивного здоровья, предназначенными для молодежи, понимаются учреждения, которые находятся в легкодоступных местах, открыты в удобное для молодых людей время, с готовностью оказывают молодым людям помощь, не допуская никакого осуждения, и обеспечивают сохранение конфиденциальности. Именно фактическое или кажущееся отсутствие конфиденциальности является одним из главных барьеров на пути доступ девочек к противозачаточным средствам (Presler-Marshall and Jones, 2012). Однако полная оценка того, насколько эффективно создание отдельных или параллельных служб, предназначенных для работы с молодежью, с точки зрения уменьшения масштабов подростковой беременности, до сих пор не проводилась.

Услуги для беременных девочек

Менее половины беременных подростков в Мали, Нигере, Нигерии, Чаде и Эфиопии проходят дородовой осмотр в какой-либо форме у квалифицированного медицинского работника (Kothari et al., 2012). Еще меньшая доля в этих же пяти странах получают при родах квалифицированную помощь. Кроме того, в ходе анализа результатов ДМО (Reynolds, et al., 2006) обнаружилось, что в некоторых странах, включая Бангладеш, Бразилию, Индию и Индонезию, подростки реже, чем взрослые женщины, получают квалифицированную помощь до, в ходе и после рождения ребенка.

Юные девочки, рожаящие своего первого ребенка, в отличие от более взрослых матерей, чаще с опозданием распознают осложнения и

▼ Гватемальский фонд помощи пострадавшим консультирует девочек и женщин, ставших жертвами домогательств.
© ЮНФПА/Гватемала





обращаются за помощью в соответствующее медицинское учреждение, способное обеспечить качественное лечение (UNFPA, 2007). Если девочка-подросток не состоит в браке, то ей, по-видимому, еще труднее решиться столкнуться с осуждением со стороны медицинских работников и членов ее общины и семьи.

Дородовой и послеродовой уход не только имеют важнейшее значение для здоровья девочки и нормального протекания ее беременности, но и открывают возможность поделиться с ней информацией и знаниями о методах предупреждения беременности, которые могут помочь подростку предупредить или отсрочить новую беременность.

Сексуальное насилие и принуждение

Социальные и физические последствия сексуального насилия, которым подвергаются подростки, ужасны и незамедлительно оказывают долгосрочное воздействие на их права, здоровье и социальное развитие (Jejeebhoy et al., 2005; García- Moreno et al., 2005). Принуждение

к сексуальным контактам и насилие со стороны сексуального партнера повышает уязвимость девочек для беременности.

Юный возраст — это известный фактор, усиливающий вероятность того, что женщина подвергнется насилию от рук своего сексуального партнера (World Health Organization, 2010; Krug et al., 2002).

Всемирная организация здравоохранения определяет сексуальное насилие как «любые действия сексуального характера, попытку совершения действий сексуального характера, нежелательные сексуальные высказывания или заигрывания или попытки регламентировать сексуальную жизнь другого человека или иным образом повлиять на нее с использованием принуждения, совершаемые любым лицом независимо от его взаимоотношений с жертвой» (Krug et al., 2002: 149).

По оценкам Всемирной организацией здравоохранения, которая относит сексуальное насилие к нарушениям прав человека, в одном только 2002 году около жертвами принужде-

▲ Молодежь в Эквадоре участвует в марше, организованном в ознаменование Недели предупреждения подростковой беременности
© ЮНФПА/Жаннина Креспо

ния к половым контактам или иных форм сексуального насилия стали 150 млн. девочек-подростков (Andrews, 2004). У многих молодых женщин первый сексуальный опыт сопряжен с насилием (Krug et al., 2002; Garcia-Moreno et al., 2005; UNFPA and Population Council, 2009).

Анализ данных обследований ДМО по 14 странам показывает, что доля молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет, у которых первый сексуальный контакт — в браке или до брака — произошел не по взаимному согласию, в разных странах сильно различается: от 2 процентов в Азербайджане до 64 процентов в Демократической Республике Конго (UNFPA and Population Council, 2009).

В ходе проведенного Всемирной организацией здравоохранения межстранового обследо-

вания в 10 странах также было обнаружено, что доля женщин, сообщивших о том, что у них первый сексуальный опыт был сопряжен с насилием, варьируется от примерно 1 процента в Японии и Сербии до около 30 процентов в Бангладеш (Garcia-Moreno et al., 2005).

Принуждение к сексуальным контактам происходит и в браке. Например, в ходе анализа данных обследований ДМО по 27 странам было обнаружено, что доля молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет, сообщивших о случаях сексуального насилия со стороны мужа, варьировалась от 1 процента в Нигерии до 33 процентов в Демократической Республике Конго (UNFPA and Population Council, 2009).

Действительно, как показало обследование замужних и незамужних молодых женщин в возрасте от 10 до 24 лет в Нигерии, Кении, замужние женщины подвергаются даже большему риску столкнуться с сексуальным принуждением, чем их незамужние сверстницы, ведущие активную половую жизнь (Erulkar, 2004).

Вопреки распространенному убеждению насильниками обычно оказываются мальчики и мужчины, известные их жертвам-подросткам: мужья, сексуальные партнеры, знакомые или люди, обладающие властью. Такая картина наблюдается во всех регионах мира (Jejeebhoy and Bott, 2005; Jejeebhoy et al., 2005; Bott et al., 2012; Erulkar, 2004).

По оценкам, с насилием во время беременности сталкивается каждая пятая девочка-подросток (World Health Organization, 2007; Parker et al., 1994). 21 процент подростков становятся жертвами насилия со стороны сексуального партнера в первые три месяца после родов. Общеизвестно, что жестокое обращение и физическое насилие во время беременности очень часто могут стать причиной плохого здоровья матерей и младенцев (World Health Organization, 2007; Newberger et al., 1992).

Принуждение к сексуальным контактам — это «принуждение или попытка принуждения другого лица посредством насилия, угроз, настойчивого убеждения, обмана, культурных

▼ Юные девочки в деревне возле Пали, Раджастхан, учатся читать.

© Марк Тушман/
Организация «Обучить девочек Индии»



ожиданий и экономических обстоятельств вступить в половые сношения против ее или его воли» (Heise et al., 1995). Как свидетельствует ряд национальных и субнациональных исследований, от 15 до 45 процентов молодых женщин, имевших сексуальные контакты до брака, сообщили по крайней мере об одном случае, когда их принуждали к сексу.

Девочка-подросток, сексуальный партнер которой значительно старше ее, подвергается большому риску принуждения к сексуальным контактам, инфицирования заболеваниями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ, и беременности. Когда партнер значительно старше, соотношение сил в таком союзе складывается особенно неблагоприятно для девочки, что еще более осложняет для нее задачу настоять на использовании противозачаточных средств, особенно презервативов, чтобы уберечься от беременности и инфицирования заболеваниями, передаваемыми половым путем. В пяти из 26 стран, охваченных недавним исследованием (Kothari et al., 2012), по меньшей мере 10 процентов девочек-подростков (в возрасте от 15 до 19 лет) сообщили о том, что за прошедший год вступали в половые контакты с мужчиной, который был старше них не менее чем на 10 лет: в Доминиканской Республике (10 процентов), Республике Конго (11 процентов), Армении и Зимбабве (15 процентов) и Эфиопии (21 процент).

Незамужние девушки могут сталкиваться с еще одной формой сексуального принуждения, которая делает их уязвимыми для беременности: принуждением к сексуальным контактам за деньги. Например, как показало исследование, проведенное в Зимбабве, из 1313 опрошенных мужчин 126 человек (10,4 процента) сообщили, что за предыдущие шесть месяцев приобретали сексуальные услуги у девочек-подростков за деньги или подарки (Wyrod et al., 2011). Эти «подарки... пропитаны разницей в положении и предлагаются девочкам, которые практически не могут отказаться» (Presler-Marshall and Jones, 2012).

Правозащитные органы осуждают сексуальное насилие в отношении женщин и девочек-подростков во всех его формах вне зависимости от того, совершается ли оно в мирное время или в периоды конфликтов, представителями государства или частными лицами, дома, в школе, на рабочем месте или в медицинских учреждениях и приводит ли оно к беременности, или нет. Права быть свободными от насилия, дурного обращения и пыток, а также права на жизнь, здоровье и недискриминацию определяют обязанность государства защищать женщин и девочек-подростков от насилия, кем бы оно ни совершалось (Center for Reproductive Rights, 2009).

В Программе действий МКНР признается, что одним из краеугольных камней программ в области народонаселения и развития является искоренение всех форм насилия в отношении женщин, включая сексуальные злоупотребления и насилие в отношении детей и подростков (МКНР, Принципы 4 и 11).

Школа, сверстники, партнеры

Школа

Чем дольше девочки продолжают школьное обучение, тем выше вероятность того, что они будут пользоваться противозачаточными сред-

«Я начала жить со своим партнером в 14-летнем возрасте. Я планировала иметь стабильные отношения, продолжать учиться в школе и стать специалистом. Однако в 15 лет я забеременела. Сначала я даже не знала, как ухаживать за новорожденным. Мне пришлось бросить школу».

Марсела, 18 лет, Сальвадор

ДОЛЯ ОПРОШЕННЫХ ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 12–14 ЛЕТ С РАЗБИВКОЙ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА И СТРАНЕ ПРОЖИВАНИЯ С УКАЗАНИЕМ ИХ ОТНОШЕНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЕЖИ, 2004 ГОД

Пол/страна	Важно преподавать половое воспитание в школе	Следует обучать подростков в возрасте 12–14 лет использовать презервативы, чтобы уберечься от СПИДа	Организация полового воспитания молодежи не подталкивает молодых людей к занятиям сексом
Девочки			
Буркина-Фасо	78	73	63
Гана	91	49	68
Малави	67	76	68
Уганда	82	76	49
Мальчики			
Буркина-Фасо	81	78	59
Гана	89	63	62
Малави	73	73	68
Уганда	78	76	52

Источник: Bankole and Malarcher, 2010.

ствами и предохраняться от беременности, и тем ниже вероятность того, что они выйдут замуж в юном возрасте (Lloyd, 2006; UNICEF, 2006; Lloyd and Young, 2009). Девочки, не посещающие школу, чаще оказываются беременными, чем девочки, продолжающие школьное обучение, вне зависимости от того, состоят ли они в браке.

В 2012 году секретариат 65-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения назвал образование «одним из главных факторов защиты от ранней беременности: чем больше лет девочки учатся в школе, тем меньше случаев ранней беременности, — добавив, что — показатель рождаемости у женщин с низким уровнем образования выше, чем у женщин, закончивших средние или высшие учебные заведения».

Хотя корреляция между уровнем образования и более низкими показателями подростковой беременности подтверждается множеством фактов, характер причинно-следственной и временной связи, как отмечалось в предыдущей главе, по-прежнему вызывает определенные споры. Во многих странах досрочное прекращение школьного обучения объясняется подростковой беременностью; однако более вероятно, что беременность и ранний брак являются не причиной, а, скорее, следствием досрочного прекращения школьного обучения. Когда девочки бросают школу, через непродолжительное время после этого наступает беременность и/или брак (Lloyd and Young, 2009).

Уровень образования и изменения в сексуальной и репродуктивной сфере тесно связаны в том смысле, что беременность или ранний брак могут положить конец обучению девочки в школе. Поскольку мальчики, как правило, вступают в брак позже, чем девочки, и не сталкиваются с такими же рисками и обязанностями в ходе беременности, их сексуальное взросление и поведение не могут столь же сильно помешать их учебе в школе (Lloyd and Young, 2009).

В исследовании 2012 года приводятся данные, свидетельствующие о том, что меры, стимулирующие посещение школы, эффективно снижают общий уровень подростковой рождаемости, что говорит в пользу расширения предоставляемых девочкам возможностей для образования и создания стимулов для продолжения школьного обучения (McQueston et al., 2012). Однако для того чтобы дать девочкам возможность продолжать учебу в школе и стимулировать их к этому, может потребоваться сломать экономические барьеры на пути доступа к образованию путем, например, отмены платы для девочек из менее обеспеченных семей. Это также может потребовать снизить риски для здоровья и безопасности девочек посредством, например, обеспечения надлежащей защиты девочек от сексуальных домогательств и насилия в школе и по пути в школу и из школы, а

также формирования в школе среды, учитывающей их культурные особенности.

Комплексное половое воспитание с учетом возраста

Мало кто из молодых людей обладает надлежащей подготовкой к сексуальной и репродуктивной жизни. В результате они оказываются потенциально уязвимыми для принуждения, домогательств и эксплуатации, непреднамеренной беременности и заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ. Многие молодые люди, вступая во взрослую жизнь, сталкиваются с противоречивой и недостоверной информацией и идеями относительно половых контактов. Это зачастую усугубляется тем, что взрослые, включая родителей и учителей, стесняются или не одобряют открытого обсуждения вопросов половой жизни или о многом умалчивают в то время, когда эта информация особенно необходима.

Во многих случаях подростки обладают недостоверной или неполной информацией о сексуальных контактах, воспроизводстве и противозачаточных средствах (Presler-Marshall and Jones, 2012). Например, в ходе исследования в Уганде было обнаружено, что каждый третий юноша-подросток и каждая вторая девушка-подросток не знает, что презервативы следует использовать лишь один раз (Presler-Marshall and Jones, 2012; Bankole et al., 2007). В ходе исследования в Центральной Америке было обнаружено, что каждый третий подросток не знает о том, что девочка может забеременеть после первого же полового контакта (Presler-Marshall and Jones, 2012; Remez et al., 2008). А в ходе исследования в одном из районов Эфиопии выяснилось, что хотя почти все подростки знают о том, что сексуальные контакты без презервативов могут привести к ВИЧ-инфицированию, менее половины из них сознавали, что они могут привести и к беременности (Presler-Marshall and Jones, 2012; Beta Development Consulting, 2012).

Комплексное половое воспитание — это построенный с учетом возраста учащихся и

соответствующий культурным особенностям подход к просвещению в вопросах сексуальных связей и отношений, предусматривающий предоставление учащимся научно достоверной, реалистичной и объективной информации. Половое воспитание дает возможность для ревидии своих ценностей и взглядов и выработки навыков принятия решений, коммуникации и снижения риска.

В Программе действий МКНР признается, что первым шагом к уменьшению числа случаев подростковой беременности и небезопасных аборт и предоставлению подросткам дополнительных возможностей принимать осознанные и информированные решения является предоставление подросткам информации (пункты 7.44 и 11.9). Органы, занимающиеся наблюдением за соблюдением договоров в области прав человека, призывают правительства выполнять обязательства по обеспечению доступа к половому воспитанию и соответствующей информации.



© Марк Тушман

Благодаря охвату подростков в начале периода их полового созревания школа может обеспечить предоставление молодым людям информации и развитие у них навыков, которые им потребуются для принятия ответственных решений в отношении своей будущей сексуальной жизни (Kirby, 2011).

Благодаря организации в школах программ комплексного полового воспитания преподаватели имеют возможность побудить подростков отложить начало активной половой жизни и призвать их вести себя ответственно, когда они все-таки начнут половую жизнь по взаимному согласию, в частности использовать презервативы и другие современные методы контрацепции (Kirby, 2011).

Половое воспитание с большей вероятностью даст положительные результаты, если оно будет носить комплексный характер и если занятия будут вести специально подготовленные преподаватели, хорошо разбирающиеся в вопросах сексуальной жизни, обученные необходимым навыкам поведения и легко находящие общий язык с подростками и молодыми

людьми для обсуждения неудобных тем. План занятий должен предусматривать четкие цели в области охраны репродуктивного здоровья, такие как предупреждение нежелательной беременности, и обсуждение конкретных видов рискованного и безопасного поведения, которые ведут непосредственно к достижению этих целей в области охраны здоровья (Kirby, 2011).

Программы, основанные на четком учебном плане, более эффективны, если они также предусматривают развитие жизненно необходимых навыков, изучение контекстуальных факторов и анализ формирующихся чувств и опыта, которыми сопровождается достижение половой и репродуктивной зрелости. Для того чтобы реально способствовать предупреждению беременности и заболеваний, передаваемых половым путем, половое воспитание должно быть увязано с услугами в сфере охраны репродуктивного здоровья, включая обеспечение противозачаточными средствами (Chandra-Mouli et al., 2013).

Родители и учителя иногда опасаются того, что половое воспитание будет подталкивать подростков к активным сексуальным контактам. Однако исследования показывают, что половое воспитание не приводит к более раннему началу или более активной половой жизни (UNESCO, 2009). Например, в результате изучения 36 программ полового воспитания в Соединенных Штатах был сделан вывод о том, что в тех случаях, когда подростки получают информацию о воздержании и противозачаточных средствах, они не вступают раньше в первый половой контакт и не начинают вести более активную сексуальную жизнь (Advocates for Youth, 2012).

Как показало исследование, охватывающее четыре африканские страны, подростки в целом позитивно воспринимают половое воспитание в школах. Большинство опрошенных девочек и мальчиков также заявили, что половое воспитание в школах не подталкивает их заниматься сексом (Bankole and Malarcher, 2010).

«Я не знала, что в этот раз он хочет оплодотворить меня, я помнила, как мы договаривались, что это произойдет, когда мне исполнится 18 лет... Я не была готова иметь ребенка, и поэтому хотела прервать беременность, однако друзья убедили меня в том, что я должна родить, поскольку мы с моим партнером уже жили вместе... Однако я знала, что на самом деле я еще не готова».

К.К., 18 лет, забеременела в 17 лет, Филиппины

Для того чтобы программы полового воспитания в школе были полезными для девочек и мальчиков, дети, разумеется, должны *ходить в школу*. В некоторых странах две трети девочек в возрасте от 12 до 14 лет не ходят в школу. Это означает, что организованные в школах программы полового воспитания не охватывают большинства когорты (Biddlecom, et al., 2007), и свидетельствует о необходимости вовлечения детей, которые не обучаются в школе.

В странах, где большое число молодых людей не обучаются в средней школе, программы полового воспитания и программы, направленные на уменьшение числа заболеваний, передаваемых половым путем, также могут быть организованы в больницах, в виде радиопередач и на уровне общин в условиях, которые привлекали бы молодежь.

Однако само по себе наличие программ комплексного полового воспитания не гарантирует достижения эффекта. Важны также качество, тон, содержание и способ подачи информации. Учителя, которые стесняются обсуждать такие вопросы или с осуждением относятся к сексуальной жизни подростков, могут делиться недостоверной, спорной или неполной информацией. В некоторых ситуациях попытки организовать программу комплексного полового воспитания одновременно для мальчиков и девочек в одном классе могут привести к тому, что многие девочки не будут посещать занятия (Pattman and Chege, 2003; Presler-Marshall and Jones, 2012).

Комитет по правам ребенка также отметил, что «государства-участники [Конвенции о правах ребенка] в соответствии со своими обязательствами обеспечить право на жизнь, выживание и развитие ребенка (статья 6) обязаны обеспечить, чтобы дети имели возможность приобретать знания и навыки, необходимые им для защиты себя и других, когда они начинают проявлять свою сексуальность» (Committee on the Rights of the Child, 2003a).

Международные правозащитные органы также отмечают, что права на здоровье, жизнь, отсутствие дискриминации, инфор-

ВЫДЕРЖКИ ИЗ ПРОГРАММЫ ДЕЙСТВИЙ МКНР ПО ВОПРОСУ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА

Цели заключаются в том, чтобы добиться равноправия и равенства на основе гармоничных партнерских отношений между мужчинами и женщинами и предоставить женщинам возможность в полной мере реализовать свои способности; обеспечить увеличение вклада женщин в устойчивое развитие посредством их полного вовлечения в процесс разработки политики и принятия решений на всех этапах...; обеспечить, чтобы все женщины, а также мужчины получили образование, которое необходимо им для удовлетворения своих основных человеческих потребностей и осуществления своих прав человека.

Странам следует как можно скорее принять меры в целях расширения возможностей женщин и предпринять шаги к устранению неравенства между мужчинами и женщинами посредством создания механизмов, обеспечивающих равноправное участие женщин и их равную представленность на всех уровнях политического процесса и общественной жизни; содействия реализации способностей женщин посредством образования, профессиональной подготовки и обеспечения занятости, уделяя при этом основное внимание искоренению нищеты и неграмотности среди женщин и проблем, связанных с ухудшением их здоровья; ликвидации любой практики, допускающей дискриминацию в отношении женщин; оказания женщинам помощи в закреплении и осуществлении их прав, в том числе связанных с репродуктивным и сексуальным здоровьем... (Программа действий, пункты 4.1–4.4)

мацию и образование требуют от государств как устранения барьеров на пути доступа подростков к информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, так и организации комплексного и достоверного полового воспитания как в школах, так и за их пределами. Органы, занимающиеся наблюдением за выполнением договоров, также рекомендуют сделать просвещение в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья обязательным и весомым компонентом официальной школьной программы в начальных и средних школах, включая профессионально-технические училища (Center for Reproductive Rights, 2008a; см. также МКНР, пункт 11.9).

Сверстники

Сверстники могут влиять на отношение подростков к беременности, к предупреждению

беременности, к продолжению обучения до окончания школы или к досрочному прекращению учебы. Таким образом, давление сверстников может заставлять отказаться от раннего начала половой жизни и брака или, наоборот, повысить вероятность раннего начала активной половой жизни без применения противозачаточных средств (Chandra-Mouli et al., 2013).

Партнеры

Еще одним источником влияния на девочку является ее сексуальный партнер или супруг, в том числе его возраст и отношение к браку, половым контактам, распределению гендерных функций, противозачаточным средствам, беременности и воспитанию ребенка.

Как показывают исследования сексуальной активности мальчиков-подростков в раннем возрасте, нездоровые взгляды на сексуальные контакты, в том числе отношение к женщинам как к сексуальным объектам, отношение к сексуальной жизни как к соревнованиям и применение давления или силы для принуждения к половой связи, закладываются в подростковом возрасте и могут сохраняться и во взрослой жизни. Сложившееся у юношей и мальчиков-подростков представление о мужественности лежит в основе рискованного поведения мужчин, включая небезопасные половые связи.

Мужчины и мальчики: партнеры в процессе

Расширение предоставляемых мальчикам и юношам возможностей участвовать в поддержке деятельности по обеспечению гендерного равенства может оказать влияние не только на женщин и девочек, но и на их собственную жизнь (UNFPA, 2013b).

В ходе социализации мальчики и мужчины нередко приходят к убеждению, что получение удовольствия во время половых связей — это лишь их прерогатива, и их учат брать на себя инициативу в сексуальных отношениях, что порождает значительное давление (и отсутствие безопасности). Традиционные взгляды на то, каким должен быть мужчина, могут побуждать

мужчин стремиться иметь множество сексуальных партнеров и идти на сексуальные риски (UNFPA, 2012 год).

Хотя женщины гораздо на протяжении всей своей жизни чаще страдают от негативных последствий пагубных гендерных норм, общество также социализирует мужчин, юношей-подростков и мальчиков таким образом, что это приводит к негативным последствиям для сексуального и репродуктивного здоровья. Во многих странах мужчинам внушают, что для утверждения своей мужественности они должны идти на риски, доказывать свою нестигаемость, переносить боль, быть независимыми кормильцами и иметь множество сексуальных партнеров. На мальчиков и мужчин возлагаются функции и обязанности кормильца и главы семьи; выполнение соответствующих функций и следование надлежащему поведению являются главными способами доказательства своего мужества.

Как правило, гендерные нормы устанавливаются и закрепляют подчиненное положение женщин по отношению к мужчинам и приводят к негативным последствиям для сексуального и репродуктивного здоровья как женщин, так и мужчин. Женщины зачастую лишаются возможности узнать о своих правах и получить ресурсы, которые могли бы помочь им спланировать свою жизнь и жизнь своей семьи, продолжить школьное обучение и способствовать их участию в организованной экономике (Greene and Levack, 2010). Мужчинам зачастую не предлагается ознакомиться с большинством источников информации и услуг в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, и у них может сложиться впечатление, что вопросы планирования семьи — это не их дело, а, скорее, обязанность женщин.

В контексте сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав все большее число членов международного сообщества приходят к пониманию того, что добиться устранения гендерного неравенства в области здравоохранения, поощрения сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав,

а также профилактики ВИЧ и предупреждения гендерного насилия на всех уровнях в обществе без непосредственного вовлечения мужчин и мальчиков в качестве партнеров в эти процессы невозможно (International Planned Parenthood Federation, 2010).

Определяющие факторы на уровне семьи

Если девочка не живет в семье, возглавляемой ребенком, или не является бездомной, то на нее всегда будет влиять ее семья или опекун. К числу определяющих факторов на уровне семьи относятся устойчивость и сплоченность семьи; распространенность конфликтов или насилия в доме; уровень нищеты или богатства семьи; наличие образцов для подражания; и репродуктивная история родителей, особенно факт вступления в брак в детском возрасте или беременности матери в подростковом возрасте. К числу других определяющих факторов на уровне семьи относятся уровень образования взрослых и ожидания, которые они предъявляют к своим детям, интенсивность общения в семье, приверженность культурным и религиозным ценностям и взгляды членов семьи, принимающих решение, на распределение гендерных функций и детские браки.

Детский брак

Распространенность детских браков отчасти зависит от национальной политики и законов и их соблюдения, от норм, бытующих на уровне общин, и от уровня нищеты в стране, однако именно на уровне семьи принимаются решения принудить ребенка к вступлению в брак или союз.

Как явствует из самого определения, брак считается детским, когда хотя бы один из партнеров не достиг 18-летнего возраста. Ежедневно в мире вступают в брак 39 000 девочек. Как только девочка выходит замуж, от нее обычно ожидают рождения ребенка. Около 90 процентов подростковых беременностей в развивающихся странах происходят в браке.

КОГДА ДЕТИ РОЖАЮТ ДЕТЕЙ

Три года назад Радхике Тапе было всего 16 лет, когда она вышла замуж за 21-летнего мужчину. Сейчас она ждет ребенка и находится на последних месяцах беременности. Она беременна уже не в первый раз. Первые две беременности закончились выкидышами.

«Первый раз, когда я забеременела, мне было всего 16, и я практически ничего не знала о том, как рожать детей, потому что никто мне не рассказывал», — говорит Тапа, обслуживая клиентов в овощной лавке, принадлежащей им с мужем в маленьком городке Чампи примерно в 12 километрах от столицы Непала Катманду. «Второй раз я тоже не была готова, однако муж хотел ребенка, так что я уступила», — признается она. После второго выкидыша врачи, осматривавшие Тапу, настоятельно рекомендовали ей подождать несколько лет, прежде чем снова пытаться родить, однако она находилась под жесточайшим прессингом со стороны родственников мужа, которые угрожали «найти мужу другую женщину, если она так и будет терять детей».

По данным проведенного в 2011 году в Непале демографического и медицинского обследования, 17 процентов замужних девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет либо беременны, либо уже стали матерями. Обследование также показывает, что 86 процентов подростков, состоящих в браке, не пользуются никакими противозачаточными средствами, т.е. мало кто из девочек в состоянии регулировать промежутки между рождениями детей.

«Речь идет о ребенке, который рождает другого ребенка», — говорит представитель Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) в Непале Джулия Валлезе.

«Стоит девочкам забеременеть, как они прекращают учебу, что означает отсутствие возможностей для трудоустройства и нищету», — говорит Богедра Радж Дотель, возглавляющая в правительстве отдел планирования семьи и сексуального и репродуктивного здоровья подростков.

35-летняя Меника Биста является волонтером по вопросам здоровья женщин местной общины в Чампи и оказывает помощь примерно 55 семьям в своем районе. Биста консультировала Тапу, пытаясь обеспечить безопасное протекание беременности. «Радхика... знает, что она должна посещать врача и есть питательную еду, чтобы ее ребенок был здоров, однако она не принимает никаких решений в отношении собственного тела: все решают ее муж и его родственники», — говорит Биста.

Это наблюдение подтверждается и исследованиями, проводимыми различными экспертами: по словам Дотель, мужа и их родственники принимают все основные решения в отношении репродуктивного здоровья женщин — от того, какую больницу ей посещать, до того, где ей рожать ребенка. По этой причине Валлезе считает важным организовать обучение мужей и членов семьи в вопросах репродуктивного здоровья и прав.

—Малика Арьял, «Интер пресс сервис»

Около 16 процентов девочек в развивающихся странах (кроме Китая) вступают в брак до достижения 18-летнего возраста, тогда как среди мальчиков эта доля составляет 3 процента. *Каждая девятая девочка выходит замуж до достижения 15-летнего возраста.* Показатели подростковой рождаемости выше всего в тех странах, где наиболее распространены детские браки; и независимо от общего уровня благосостояния страны девочки, относящиеся к низшему квинтилю по доходам, чаще рожают ребенка в подростковом возрасте, чем их более обеспеченные сверстницы.

Упорное сохранение детских браков объясняется целым рядом причин, включая местные традиции или убеждение родителей в том, что такой брак поможет гарантировать их дочке будущее. Однако чаще всего детский брак является следствием ограниченности выбора. В особенно уязвимом положении оказываются девочки, которые не могут или не хотят посе-

щать школу, — притом что чем дольше девочка обучается в системе формального образования и чем зажиточнее ее семья, тем вероятнее более позднее заключение брака. Проще говоря, когда у девочек есть возможность выбора, они выходят замуж позже (UNFPA, 2012).

На замужних девочек часто оказывается давление с целью заставить их забеременеть немедленно или вскоре после заключения брака, хотя они сами еще не вышли из детского возраста и практически ничего не знают о половых связях и воспроизводстве. Слишком ранняя беременность, когда тело девочки полностью еще не сформировалось, опасна как для матери, так и для ребенка.

В 146 странах государственные законы или обычаи позволяют девочкам младше 18 лет выходить замуж с согласия родителей или других ответственных лиц; в 52 странах девочки, не достигшие 15-летнего возраста, могут вступать в брак с согласия родителей. В

Юные девочки
на занятиях в
сельской школе
в Раджастхане,
Индия.

© Марк Тушман/
Организация «Обучить
девочек Индии»



то же время в 180 странах законным возрастом вступления в брак без согласия родителей для мужчин считается 18 лет. Отсутствие гендерного равенства в установленном законом возрасте вступления в брак укрепляет сложившееся в обществе представление о том, что ситуация, когда девочки вступают в брак раньше мальчиков, является допустимой.

Мужчины обладают непропорционально большими полномочиями практически во всех аспектах жизни, что ограничивает возможность реализации женщинами и девочками своих прав и лишает их возможности играть равную роль в семье и общине. Неравное отношение к представителям разных полов, как правило, приводит к тому, что мальчики и мужчины начинают цениться выше, чем девочки и женщины. Когда девочки с рождения считаются менее ценными, чем мальчики, семьи и общины могут недооценивать выгоды от обучения своих дочерей и инвестирования в их развитие.

Кроме того, предполагаемая ценность девочки может меняться после ее полового созревания. Детский брак нередко рассматривается как защита от добрачного секса, и обязанность защитить девочку от сексуальных домогательств и насилия передается от отца мужу.

Семьи могут также учитывать требования обычаев, таких как приданое или калым, особенно в общинах, где семье разрешается давать за более юной невестой меньшее приданое.

Семьи, особенно малоимущие, могут захотеть обеспечить будущее своей дочери в ситуации, когда возможности для экономически продуктивной жизни девочек ограничены. Семьи могут захотеть создать или укрепить союзы, оплатить долги или урегулировать споры. Они могут исходить из желания быть уверенными в том, что у их детей будет достаточно своих детей, которые прокормят их в старости. Они могут захотеть сложить с себя бремя воспитания девочки. В крайнем случае они могут захотеть заработать денег на продаже девочки.

ЖЕЛАНИЕ ЗАБЕРЕМЕНЕТЬ И ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ

Доля замужних девочек-подростков, которые беременны или хотели бы забеременеть, сильно варьируется в зависимости от региона.



Источник: Guttmacher Institute, 2010.

Семьи могут также рассматривать детский брак как альтернативу образованию, которое, как они боятся, может привести к тому, что девочка будет не в состоянии выполнять обязанности жены и матери. Они могут разделять нормы, бытующие в обществе, и следовать в вопросах брака примеру своих соседей и общины или же руководствоваться историческим опытом, сложившимся в их собственной семье. Или же они могут бояться того, что девочка обесчестит семью, если родит ребенка вне брака или выберет не того мужа.

Вместе с тем детский брак не всегда является в немедленное начало половых связей. В некоторых культурах девочка может выйти замуж очень юной, но некоторое время не жить с мужем. Например, в Непале и Эфиопии обычной практикой среди юных невест, особенно в сельских районах, является отсроченная консумация брака.

Хотя по закону или согласно обычаю девочки-невесты зачастую считаются взрослыми

(когда дети вступают в брак, они зачастую являются совершеннолетними в соответствии с национальными законами и теряют защиту как дети), они нуждаются в особом внимании и поддержке ввиду своей исключительной уязвимости (Committee on the Rights of the Child, 2003). По сравнению с более взрослыми женщинами девочки-невесты, как правило, более уязвимы для бытового насилия, заболеваний, передаваемых половым путем, и нежелательной беременности из-за дисбаланса сил, в том числе объясняющегося, возможно, разницей в возрасте (Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2013).

Международные стандарты в области прав человека осуждают детские браки. Во Всеобщей декларации прав человека — основополагающем правозащитном инструменте — провозглашается, что «брак может быть заключен только при свободном и полном согласии обеих вступающих в брак сторон». Комитет по экономическим, социальным и культурным правам и Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин неоднократно осуждали практику детских браков. Комитет по правам человека совместно с другими договорными органами рекомендует провести

правовую реформу для ликвидации детских браков (Center for Reproductive Rights, 2008), а Конвенция по правам ребенка и ее соответствующий комитет требуют от государств-участников «принимать меры по искоренению традиционной практики, оказывающей пагубное влияние на здоровье детей».

Родители

Родители как прямо, так и косвенно играют центральную роль в определении будущего своих дочек-подростков. В качестве образцов для подражания родители могут закреплять и увековечивать гендерное неравенство или же вселять веру в то, что мальчики и девочки должны пользоваться равными правами и возможностями в жизни. Они могут делиться информацией о сексуальных контактах и предупреждении беременности или же скрывать жизненно важные сведения. Они могут считать образование ценным как для сыновей, так и для дочерей, или могут воспитывать дочерей в убеждении, что их судьба — выйти замуж и рожать детей. Они могут способствовать развитию у девочек жизненно необходимых навыков и поощрять их самостоятельность или же могут поддаваться экономическому давлению общины и насильно выдать своих дочерей замуж и обресть их тем самым на пожизненную зависимость.

Определяющие факторы на индивидуальном уровне

Подростковый возраст — это важнейший переходный этап от детства к началу взрослой жизни, период, в ходе которого закладывается важная траектория развития личности, поведения и здоровья, — и период, в который еще можно предотвратить формирование или добиться смягчения проблематичной или пагубной динамики и развить положительные качества.

Одним из важнейших моментов подросткового возраста является половое созревание. Девочки достигают половой зрелости в среднем

«Я решила родить ребенка, потому что хотела почувствовать себя взрослой... Теперь мне приходится как-то исправлять положение. Ради своего сына я должна вернуться в школу и получить надлежащее образование. Теперь я знаю, что менять пеленки — это не мое. Я хочу быть адвокатом и изменить мир. Ради своего сына».

Джипара, 17 лет, Кыргызстан

на 18–24 месяцев раньше мальчиков, у которых физическое развитие происходит медленнее и может продолжаться до позднего подросткового возраста. У девочек многие изменения в развитии, связанные с формированием взрослых репродуктивных способностей, зачастую завершаются до полного развития интеллектуальных способностей и формирования умения принимать решения. Половое созревание — это время, когда закрепляются конкретные гендерные функции и ожидания.

В большинстве стран Европы и Северной Америки половое созревание у женщин в целом завершается между 12 и 13 годами, причем возраст половой зрелости снижается во всем мире, особенно в странах со средним и высоким уровнем дохода. В некоторых развитых странах сегодня довольно часто можно встретить девочек, достигших половой зрелости уже в восемь или девять лет. Изменение возраста полового созревания объясняется, в частности, такими факторами, как питание и санитария. По мере улучшения состояния здоровья населения возраст наступления менархе снижается. Мальчики, как правило, достигают половой зрелости в период между 14 и 17 годами.

Например, как показывают данные по скандинавским странам, средний возраст наступления менархе снизился с 15–17 лет в середине 1800-х годов до 12–13 лет сегодня. Данные по Гамбии, Индии, Кувейту, Малайзии, Мексике и Саудовской Аравии также свидетельствуют о снижении возраста наступления менархе. Средний возраст наступления менархе в Бангладеш составляет 15,8 года, а в Сенегале — 16,1 года, в других же развивающихся странах менархе наступает на год или два раньше (Thomas et al., 2001).

Социализация и ожидание

Как показывают исследования, некоторые девочки-подростки мечтают забеременеть. В рамках одного из исследований было установлено, что 67 процентов замужних девочек под-

«Иногда мне кажется, что моя беременность и материнство в те годы сделали меня сильнее. Я лучше подготовлена к любым жизненным испытаниям. С другой стороны, я считаю, что то, что я стала матерью в таком возрасте, осложнило мою жизнь... Я не прошла через все этапы взросления, как это сделали мои сверстники. Я не смогла воспользоваться всеми благами юности и не получила равных возможностей для успеха».

*Зелька, 27 лет, забеременела в 17 лет,
Босния и Герцеговина*

росткового возраста в странах Африки к югу от Сахары хотят забеременеть или сознательно забеременели (Guttmacher Institute, 2010). Там, где культура, как правило, идеализирует материнство, подростки могут рассматривать беременность как средство получения более высокого статуса или перехода во взрослую жизнь. Кроме того, девочки могут рассматривать беременность как способ вырваться из семьи, где к ним плохо относятся (Presler-Marshall and Jones, 2012). Оказание девочкам помощи в осознании себя чем-то большим, чем потенциальные матери, — и оказание такой же помощи общинам — имеет ключевое значение для уменьшения числа подростковых беременностей (Presler-Marshall and Jones, 2012).

Как отмечал Сингх (1998 год), «Отношение как самой девочки-подростка, так и ее семьи к смыслу и последствиям вынашивания ребенка в подростковом возрасте сильно различается. Оно варьируется от положительного —

завершение ожидаемого перехода от детства ко взрослой жизни благодаря замужеству и материнству и счастье и радость от рождения ребенка — до отрицательного — возложение на свои плечи бремени забот по уходу за ребенком и его воспитанию, прежде чем мать будет эмоционально или физически готова к этому».

Однако в большинстве исследований мотивов, лежащих в основе беременности, основное внимание уделяется подросткам в *развитых* странах, причем зачастую из малоимущих семей или неблагополучных меньшинств. Такие исследования показывают, что некоторые девочки могут захотеть ребенка, чтобы было, кого любить (и чтобы ребенок любил их). Они могут считать, что рождение ребенка укрепит отношения с партнером. Если у партнеров есть дети, то они могут захотеть родить своих собственных. Они могут захотеть продемонстрировать, что они достаточно ответственные и зрелы, чтобы стать матерью. Если они считают, что у них нет никаких других вариантов, они могут решить, что им нечего терять, а что-то при этом можно и приобрести (ребенка, отношения, статус).

В Таунге, Южная Африка, было проведено качественное исследование (Kanku and Mash, 2010), основанное на результатах работы фокус-групп беременных девочек-подростков, молодых женщин, забеременевших в подростковом возрасте, и мальчиков-подростков. По итогам этого исследования был сделан следующий вывод: «Большинство подростков рассматривают беременность как негативное событие, чреватое такими последствиями, как безработица, потеря партнера, осуждение друзей и членов семьи, чувство

вины, проблемы в учебе, осложнения во время беременности или родов, опасность ВИЧ, вторичное бесплодие в случае аборта и неготовность к материнству. Вместе с тем ряд подростков усматривали и определенные положительные моменты и считали, что в соответствующих обстоятельствах беременность может быть радостным событием». В исследовании делается следующий вывод: «Необходимы комплексные и межсекторальные подходы, и вполне возможно, что стратегии сокращения числа случаев подростковой беременности окажут также влияние на распространенность ВИЧ и других заболеваний, передаваемых половым путем».

Развивающиеся способности подростков

На своей тридцать третьей сессии в 2003 году Комитет по правам ребенка назвал подростковый возраст «периодом, характеризующимся быстрыми физическими, когнитивными и социальными изменениями, включая сексуальное и репродуктивное созревание; посте-

«Когда у меня начались схватки, мне привели традиционную повитуху дайя. Она не обратила никакого внимания на размер или положение плода. Весь день я мучилась, держась за веревку, пока силы окончательно не покинули меня. Я думала, что умру. Затем они отвезли меня в больницу, до которой было более двух часов езды. Как только я попала туда, я потеряла сознание. А когда я очнулась, мне сказали, что ребенок умер».

Аватиф, 33 года, забеременела в 14 лет, Судан

пленным развитием потенциала, позволяющим переходить к взрослому поведению и функциям, сопровождающимся выполнением новых обязанностей, требующих новых знаний и навыков» (Committee on the Rights of the Child, 2003).

По словам Комитета, вместе с подростковым возрастом возникают «новые проблемы в области здоровья и развития в силу их относительной уязвимости и давления со стороны общества, включая сверстников, побуждающего подростков рисковать своим здоровьем. К числу этих проблем относятся формирование личности и осознание своей сексуальности. Кроме того, период активного перехода к взрослой жизни зачастую оказывается также периодом позитивных изменений, чему способствует повышенная способность подростков к быстрому обучению, познанию разнообразных новых ситуаций, развитию и применению критического мышления, адаптации к свободе, творчеству и социализации».

В Конвенции о правах ребенка признаются «развивающиеся способности» несовершеннолетних и достижение ими достаточной зрелости и понимания для принятия информированных решений по важным вопросам, в том числе по вопросу услуг в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья. В ней также признается, что некоторые несовершеннолетние являются более зрелыми, чем другие (статья 5; Committee on the Rights of the Child, 2003; CEDAW, 1999; Конвенция о правах инвалидов, статья 7), и содержится обращенный к государствам призыв обеспечить оказание им надлежащих услуг независимо от разрешения родителей или опекунов (Committee on the Rights of the Child, 2003; CEDAW, 1999).

Девятью годами ранее в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию, которая по-прежнему определяет сегодня работу ЮНФПА, также были признаны развивающиеся способности подростков, а к правительствам и семьям был обращен призыв, признавая права и обя-

занности родителей, обеспечить подросткам доступ к информации и услугам (пункт 7.45). Все 179 правительств, которые одобрили Программу действий, также договорились, что «предпринимаемые обществом усилия по удовлетворению потребностей подростков в области охраны репродуктивного здоровья должны основываться на информации, помогающей им достичь такой степени зрелости, которая необходима для принятия осознанных решений. Так, например, подросткам должны предоставляться сведения и услуги, которые помогали бы им осознать себя в сексуальном отношении и ограждали бы их от нежелательных беременностей... Такие меры должны сопровождаться проведением среди молодых людей воспитательной работы, с тем чтобы они уважали право женщин самим определять свою судьбу и разделяли с женщинами ответственность в вопросах полового поведения и воспроизводства потомства» (Программа действий, пункт 7.41).

Другие определяющие факторы на индивидуальном уровне

Факторы, определяющие риск ранней беременности у девочки-подростка, возникают не только в начале ее полового созревания; скорее, многие из факторов риска, которым подвергается эта девочка, были заложены еще в раннем детстве или даже за несколько поколений до ее рождения. Например, в странах с высоким уровнем дохода у девочек, забеременевших в раннем возрасте, гораздо чаще, чем у их небеременных сверстниц, мать в свое время находилась в аналогичной ситуации. Еще один фактор — это питание матери, которое влияет на вес новорожденного и может иметь последствия для всей последующей жизни. В 1995 году врач и исследователь Дэвид Баркер высказал гипотезу, что дети, родившиеся с низким весом (как это зачастую бывает с младенцами, родившимися у малообеспеченных девочек-подростков), вырастая, подвергаются уже во взрослом возрасте гораздо

большему, чем в среднем, риску возникновения множества неинфекционных заболеваний (Barker, 1995).

Особая уязвимость девочек в возрасте от 10 до 14 лет

Очень юные подростки — в возрасте от 10 до 14 лет — претерпевают радикальные физические, эмоциональные, социальные и интеллектуальные изменения. В это время многие очень юные подростки достигают половой зрелости, приобретают первый сексуальный опыт, а в случае девочек могут вступить в детский брак.

Половое созревание сопровождается значительными физическими изменениями, а также повышением уязвимости как мальчиков, так и — особенно — девочек. У девочек половое созревание начинается в среднем на два года раньше, чем у мальчиков. Это в сочетании с крайне ограничительными гендерными нормами и ограниченными активами зачастую приводит к тому, что для многих девочек единственным ценным и надежным активом оказывается их тело. Этот актив можно эксплуатировать для занятий сексом с несовершеннолетними без взаимного согласия и без применения противозачаточных средств; кроме того, он может стать причиной принуждения девочек к браку в нарушение их прав и вопреки их воле с расчетом на то, что они как можно скорее начнут рожать детей.

У большинства детей ранний подростковый возраст характеризуется хорошим здоровьем и стабильными отношениями в семье, но он может быть и периодом уязвимости из-за интенсивного и быстрого перехода к выполнению новых функций и обязанностей, когда подростки оказываются в роли сиделок, работников, супругов и родителей. Во многих странах воздействие ВИЧ, нищеты и политических и социальных конфликтов на семьи и общины подрывает традиционную систему социального вспомоществования и повышает уязвимость юных подростков (UNFPA and the Population Council, n.d.).

Когда дети в этом возрасте не живут со своими родителями и не ходят в школу, высока вероятность того, что они не получают от семьи или сверстников поддержки, необходимой для надлежащего решения проблем, с которыми они сталкиваются, или не будут иметь достаточно возможностей стать полезными членами общества. В некоторых ситуациях юные девочки-подростки оказываются домашней прислугой, мигрируют из сельских общин в поисках работы и образования или бегут от вынужденного брака. Другие, возможно, уже являются девочками-невестами и сейчас живут с супругом, и, возможно, его семьей. Все они относятся к числу тех, кто с наименьшей вероятностью будет обращаться за социальными услугами и получать их, и поэтому для сведения к минимуму их уязвимости для эксплуатации необходим комплекс активных мер.

Данные ДМО по 26 странам Африки к югу от Сахары показывают, что до 41 процента девочек в возрасте от 10 до 14 лет не проживают ни с одним из родителей (хотя некоторые, возможно, проживают с другими родственниками). В странах Латинской Америки и Карибского бассейна доля девочек этой возрастной группы, не проживающих ни с одним из родителей, чуть меньше. Меньше всего доля таких девочек в Азии (World Health Organization, 2011b).

Молодые люди, не проживающие с одним или с обоими родителями, подвергаются также большему риску вовлечения в занятия незаконной и небезопасной деятельностью. По оценкам, в странах Африки к югу от Сахары 30 процентов девочек в возрасте от 10 до 14 лет работают, тогда как в Азии и Тихом океане доля работающих девочек составляет 26 и, соответственно, 27 процентов, а в Латинской Америке и Карибском бассейне — 17 и, соответственно, 5 процентов (World Health Organization, 2011b).

Кроме того, наиболее комплексная система полового воспитания организована на базе школьного обучения. Однако не все подростки ходят в школу, и не все из них продолжают

школьное обучение до того, как впервые займутся сексом. Замужние девочки в возрасте от 10 до 14 лет и девочки, не посещающие школы, не имеют практически никакого доступа к половому воспитанию, что еще более усиливает их уязвимость для беременности.

Заключение

Факторы, оказывающие определяющее влияние на подростковую беременность, носят комплексный, многовекторный, многогранный характер и существенно различаются в зависимости от региона, страны, возраста и уровня доходов, семьи и общины.

Давление на всех уровнях направлено против интересов девочек и приводит к беременностям (как преднамеренным, так и нет). Национальные законы могут лишать девочку доступа к противозачаточным средствам. Бытующие в общине нормы и взгляды могут препятствовать ее доступу к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья или попустительствовать насилию в отношении нее, если она каким-то образом получает такой доступ. Члены семьи могут насильно выдать ее замуж, после чего она практически или совершенно лишится возможности отказаться от рождения детей. В школах могут отсутствовать программы полового воспитания, так что ей приходится полагаться на ту (зачастую недостоверную) информацию в вопросах половой жизни, беременности и противозачаточных средств, которую она получает от сверстников. Ее партнер может отказаться пользоваться презервативами или может

«Мне было 14 лет, и я училась в старших классах, когда мне пришлось бросить школу, потому что в семье не было денег, чтобы оплачивать школьное обучение. Мать посылала нас с сестрой на рынок попрошайничать, чтобы принести домой немного еды. Однажды мы попросили денег у двух джентльменов. Они дали моей сестре 2000 конголезских франков [около 2 долл. США], чтобы она купила еды домой. Как только сестра ушла, они завели меня в бар и купили мне сладкий напиток, но в него было что-то подмешано, чтобы я заснула. Я проснулась в медицинском центре, где медсестры сообщили мне, что меня изнасиловали. Я забеременела».

Чада, 16 лет, Демократическая Республика Конго

запретить ей использовать любые противозачаточные средства. А наступление менархе может быть ошибочно воспринято ее семьей или более взрослым мужем как готовность к деторождению. Как бы сильно девочка ни желала продлить свое детство, посещать школу и полностью раскрыть свой потенциал, силы, действующие против нее, могут оказаться непреодолимыми.





4

Принятие мер

Документально подтверждено, что комплексные мероприятия, направленные на развитие человеческого капитала девочек, предусматривающие развитие их способности самостоятельно принимать решения в отношении своего репродуктивного здоровья и поощряющие гендерное равенство и уважение прав человека, влияют на предупреждение беременности.

◀ Поставщики услуг сверстникам из молодежной программы «AMNLAЕ», осуществляемой при поддержке отделения Всемирной федерации планируемого родительства в Никарагуа.

© Марк Тушман/ Всемирная федерация планируемого родительства

Сексуальное и репродуктивное здоровье и пользование всеми правами имеет центральное значение для взросления подростков и жизненно важно для их идентичности, здоровья, благополучия и личного роста и развития и полного раскрытия ими своего потенциала в жизни.

Полностью вовлеченные, образованные, здоровые, информированные и занятые производительным трудом подростки могут помочь вырваться из продолжающейся на протяжении жизни многих поколений нищеты и внести свой вклад в укрепление своих общин и стран. Страны, в населении которых подростки и молодежь составляют значительную долю, имеют возможность воспользоваться этим весомым демографическим бонусом для своей экономики, развития, способности противостоять трудностям и производительности. Это требует инвестиций в человеческий капитал подростков и молодежи и расширения круга имеющихся у них путей развития и возможностей. Однако многим подросткам, особенно девочкам, отказано в таких инвестициях и возможностях, которые позволили бы им полностью раскрыть свой потенциал. Например, по миру в целом 26 процентов девочек и 17 процентов мальчиков подросткового возраста от 11 до 15 лет не ходят в школу.

Подростковая беременность является одним из симптомов недостаточных инвестиций в человеческий капитал девочек и проявлением давления со стороны общества и структурного неравенства, которые не позволяют девочкам принимать решения в отношении своего здоровья, сексуального поведения, связей, брака и рождения детей и которые во многом определяют, смогут ли они в полной мере воспользоваться возможностями для получения образования, трудоустройства и участия в политической жизни (UNFPA, 2012d).

Таким образом, предупреждение беременности требует демонтажа множества барьеров на пути полного раскрытия подростками своего потенциала и реализации ими своих прав. Для того чтобы создать условия для безопасного и

«Мне кажется, что мне еще слишком рано заводить ребенка, особенно если учесть, сколько времени и любви он требует».

Андерс, 17 лет, Дания

успешного перехода к взрослой жизни, необходимо вовлечь девочек — и мальчиков — в процессы принятия решений на всех уровнях, начиная с индивидуального и заканчивая общегосударственным, с тем чтобы они могли приобрести навыки и возможности, позволяющие им озвучивать свои взгляды и приоритеты. Меры, способствующие такому переходу от подросткового возраста к взрослой жизни, одновременно могут привести к сокращению числа беременностей у девочек.

Поскольку подростковая беременность — это результат взаимодействия различных основополагающих общественных, экономических и иных сил, ее предупреждение требует осуществления комплексных стратегий, ориентированных на расширение возможностей девочек и адаптированных к нуждам конкретных групп девочек, особенно маргинализированных и наиболее уязвимых.

Решение проблемы нежелательной беременности у подростков требует наличия согласованного подхода. Поскольку эта деятельность сопряжена с серьезными и непростыми трудностями, ни один сектор или организация не в состоянии справиться с ними самостоятельно. Лишь совместная работа различных секторов во взаимодействии с самими подростками может устранить ограничения на пути их развития.

Инвестиции в девочек

Многие действия правительств и гражданского общества, позволившие сократить число случаев подростковой рождаемости, предполагали достижение других целей, таких как удер-

жание девочек в школах, профилактика ВИЧ-инфекций или ликвидация детских браков. Все эти действия так или иначе способствовали развитию человеческого капитала девочек, обеспечивали распространение информации или навыков, давая тем самым девочкам больше возможностей принимать жизненно важные решения, и гарантировали или защищали основные права человека девочек.

Защитный эффект образования

В подготовленном в 2006 году исследовании Duflo et al. (2006) рассматривалось воздействие трех проведенных на базе школ мероприятий по профилактике ВИЧ в Кении: по подготовке учителей в рамках организованного государством учебного курса по ВИЧ/СПИДу; по организации обсуждения учащимися роли презервативов и написания эссе на тему «Как защититься от ВИЧ/СПИДа»; и по снижению стоимости обучения. В ходе исследования, охватывавшего 70 000 учащихся из 328 начальных школ, изучалось влияние этих мероприятий на рождаемость, которую авторы этого исследования рассматривали как косвенный показатель риско-

ванного поведения, которое может привести к беременности. Как показал анализ положения, сложившегося через два года после проведения этих мероприятий, программа подготовки учителей практически не сказалась на уровне знаний учащихся, их половой жизни, оцениваемой по представленным ими ответам, или пользовании презервативами. Обсуждение вопросов презервативов и написание эссе повысило уровень практических знаний и увеличило число людей, пользующихся презервативами, судя по ответам самих учащихся, однако в отношении беременности и родов никаких конкретных данных получено не было. В то же время снижение стоимости образования — путем обеспечения учащихся шестого класса бесплатной школьной формой — привело к сокращению доли учеников, бросающих школу, и снижению показателя подростковой рождаемости.

Кения отменила плату за школьное обучение в 2003 году. С тех пор главным финансовым барьером на пути доступа к начальному образованию является стоимость школьной формы, которая составляет около 6 долл. США за комплект. Доля учащихся, бросивших школу,



▶ Девочки в школе-интернате в Ниямусе, Танзания.

© Марк Тушман/«Проект Завади»

среди девочек, получающих бесплатную форму, снизилась на 15 процентов. Это привело к снижению показателя подростковой рождаемости на 10 процентов. Снижение стоимости образования помогло девочкам продолжить обучение в школе и при этом уменьшило вероятность их вступления в брак и рождения детей.

В ходе еще одного исследования, проведенного позднее в Кении, Duflo et al. (2011) обнаружили, что одной лишь выдачи детям школьной формы достаточно для увеличения числа учащихся, снижения доли лиц, бросающих школу, на 18 процентов и понижения показателя беременности на 17 процентов. «Детям, уже перешедшим в шестой класс, была выдана бесплатная форма. Организаторы также объявили о том, что учащиеся, которые продолжают обучение в школе на следующий год, получают право на второй комплект формы, и на следующий год вновь выдали форму» (Duflo et al., 2011). Однако уменьшение числа беременностей произошло «исключительно благодаря сокращению числа беременностей в браке», поскольку «показатель беременности вне брака не изменился». Как показывает этот вывод, защита, которую дает образование, заключается в его способности уменьшить число детских браков, что, в свою очередь, способствует снижению уровня подростковой беременности. Авторы исследования Duflo et al. пришли к заключению, что «предоставление девочкам... возможности ходить в школу, если они хотят этого, является чрезвычайно мощным (и недорогостоящим) способом снижения подростковой рождаемости».

Девочки извлекают из образования множество непосредственных и долгосрочных выгод, которые в подростковом возрасте являются необходимым для них первым шагом к преодолению традиционного отношения к девочкам в обществе и при найме на работу как к людям второго сорта (Lloyd, 2009). Повышение качества и значимости имеющихся у подростков возможностей для образования может подготовить девочек к выполнению целого ряда взрослых функций, не ограничивающихся традиционны-

ми функциями домохозяйки, матери и супруги, и расширить их возможности, что пойдет на благо не только девочкам, но и членам их семей и общин. Обучение в школе в подростковые годы вместе с мальчиками способствует достижению большего гендерного равенства в повседневной жизни подростков. Получение девочками-подростками образования помогает им избежать ранней беременности и снижает риск инфицирования ВИЧ/СПИДом.

Если начальное образование является базовой потребностью для всех, то среднее образование открывает более широкие перспективы для последующей работы по найму, и эффект от получения полного среднего образования при устройстве на работу у девочек оказывается гораздо выше, чем у мальчиков.

В работе Gupta et al. (2008) указывается, что «образование по-прежнему является важнейшим предиктором возраста вступления в брак». Ценность школьного обучения в плане защиты интересов девочек заключается в том, что школьницы «считаются детьми, не достигшими возраста вступления в брак» (Marcus and Page, 2013). По данным одного исследования в Кении (Duflo et al., 2011), «как только девочка бросает школу, от нее ожидают вступления в половую связь и брака».

Как показывают проводившиеся на протяжении нескольких десятилетий исследования, образование и школьное обучение имеют решающее значение не только для снижения риска раннего начала половой жизни, беременности и ранних родов, но и для повышения вероятности того, что подростки будут пользоваться презервативами и другими формами контрацепции при вступлении в половую связь (Blum, 2004).

Другие меры, такие как обусловленные денежные выплаты, призванные удержать девочек в школе, также обеспечивают защиту девочек от беременности. Обусловленные денежные выплаты — это выплаты, регулярно производимые один или два раза в месяц при условии, что семьи будут пользоваться основными видами услуг, такими как школьное обучение,

первичное медико-санитарное обслуживание, услуги в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья или бесплатные информационные или учебные занятия.

Например, в Малави на экспериментальной основе была организована программа обусловленных денежных выплат, с тем чтобы побудить девочек округа Зомба продолжать школьное обучение или стимулировать возвращение в школу тех, кто недавно бросил учебу. Зомба отличается высокой долей лиц, бросающих школу, низким уровнем образования и самой высокой в стране долей ВИЧ-инфицированных среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет. Благодаря организованной в Зомбе программе семьи ежемесячно получали выплаты в размере

10 долл. США, что составляет около 15 процентов среднего дохода семьи. Около 70 процентов суммы выплачивалось родителям, а 30 процентов — самой девочке. Кроме того, программа предусматривала перечисление платы за обучение девочки в средней школе непосредственно самой школе сразу же после подтверждения ее принятия в школу. Семьи получали выплаты лишь в том случае, если в течение предыдущего месяца девочка посещала школу не менее 75 процентов дней, когда школа была открыта (Baird et al., 2009). Некоторым девочкам, отобранным случайным образом, выдавались безусловные денежные выплаты: никаких условий, только деньги. Безусловные выплаты оказали более сильное, чем обусловленные выплаты,

ДОСТИЖЕНИЯ



влияние на уменьшение числа браков и снижение показателей подростковой рождаемости (Baird et al., 2011).

Из каждых пяти девочек, бросивших учебу, не менее трех вернулись в школу из-за обусловленных денежных выплат. Кроме того, 93 процента девочек, которые раньше не бросали школу и при этом приняли участие в программе, продолжали учиться до конца учебного года, тогда как среди девочек, которые раньше не бросали школу, но при этом не участвовали в программе, этот показатель составлял 89 процентов.

Авторы исследования Baird et al. (2009) также обнаружили, что эта инициатива, по-видимому, сказалась на сексуальном поведении, и предположили, что «после того как девочки и молодые женщины вернулись в школу (или продолжили школьное обучение), они значительно отсрочили начало активной половой жизни (а те, кто уже вел такую жизнь, уменьшили периодичность половых контактов). Эта программа также позволила отсрочить вступление в брак — главную альтернативу школьному обучению для молодых женщин в Малави — и уменьшила вероятность беременности». Для бенефициаров программы, которые на момент ее начала не ходили в школу, вероятность вступления в брак и беременности снизилась на 40 и, соответственно, 30 процентов.

В подготовленном в 2012 году исследовании «*Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions*» («Подростковая рождаемость в странах с низким и средним уровнем дохода: последствия и решения») указывается, что «доказательная база, подтверждающая эффективность обусловленных денежных выплат, достаточно обширна по сравнению с массивом данных в пользу других мер». Особенно убедительны данные о влиянии этих выплат на образование. В ходе проведенного недавно анализа выплат в развивающихся странах было обнаружено, что благодаря этим выплатам доля детей, обучающихся в средней школе, повышается в среднем на 12 процентов (Saavedra and Garcia, 2012).

Повышение уровня знаний, развитие навыков

В Зимбабве осуществление программы профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи дало также непреднамеренный, но позитивный эффект уменьшения числа подростковых беременностей (Cowan et al., 2010). В 30 общинах в семи районах в юго-восточной части страны профессиональные преподаватели-сверстники работали с молодыми людьми, как посещающими, так и не посещающими школу, чтобы повысить уровень их знаний и развить навыки. В то же время в рамках организованных на базе общин программ ставилась задача повысить уровень знаний родителей и других заинтересованных сторон в вопросах репродуктивного здоровья, улучшить взаимопонимание между родителями и их детьми и мобилизовать поддержку общины в вопросах репродуктивного здоровья подростков. Программа также предусматривала подготовку медсестер и другого персонала в сельских клиниках для обеспечения наличия и повышения доступности услуг для молодежи. По завершении программы было проведено обследование 4684 молодых людей в возрасте от 18 до 22 лет, которое показало, что уровень знаний у них несколько повысился, однако на их сексуальном поведении программа, по их словам, никак не сказалась. В то же время молодые женщины, участвовавшие в этой программе, реже сообщали о том, что они забеременели, по сравнению с женщинами, входившими в контрольную группу.

В Уганде программа «Расширение возможностей подростков и обеспечение их источниками средств к существованию» предусматривала профилактику ВИЧ среди девочек-подростков и оказание им помощи в выходе на рынок труда. В рамках этой программы, осуществлявшейся неправительственной организацией БРАК, девочки в 50 общинах обучались жизненно необходимым навыкам для повышения уровня знаний, совершенствования навыков ведения переговоров и перехода к менее рискованному поведению, а также проходили

курс профессионально-технической подготовки, который должен был помочь им открыть небольшое собственное дело. Спустя два года средний показатель рождаемости среди девочек, участвующих в программе, оказался на 3 процентных пункта ниже, чем у девочек, не охваченных программой, — что равнозначно снижению показателя на 28,6 процента, — а вероятность занятий этих девочек приносящими доход видами деятельности повысилась на 35 процентов (Bandiera et al., 2012).

В Гватемале самой обездоленной группой являются девочки племени майя, для которых характерны низкий уровень образования, частые роды, социальная изоляция и хроническая нищета. Многие из них выходят замуж в детском возрасте (Catino et al., 2011). Совет по народонаселению и другие группы приступили в 2004 году к осуществлению проекта по укреплению сетей социальной защиты для девочек майя в возрасте от восьми до 18 лет в сельских районах и оказанию им помощи в успешном вступлении во взрослую жизнь. Этот проект, получивший название *Abriendo Oportunidades* («Открытые возможности»), предусматривал создание на базе общин клубов для девочек и безопасных мест, где девочки могли бы собираться, развивать жизненно необходимые умения и навыки руководства и создавать социальные сети. В результате этой инициативы 100 процентов участвовавших в ней девочек закончили шестой класс, тогда как общенациональный показатель по всем девочкам составлял 81,5 процента. 72 процента девочек, охваченных программой, продолжали учиться в школе и после завершения двухгодичной программы, тогда как общенациональный показатель по всем девочкам из числа коренных народов составлял 53 процента. В ходе проведенной оценки обнаружилось, что 97 процентов участниц программы по-прежнему не имели детей, тогда как в среднем по стране доля таких девочек в возрасте от 15 до 19 лет составляла 78,2 процента (Segeplan, 2010). После этого программа была распространена еще на более чем 40

общин и охватила более 3500 девочек из коренного населения. Сейчас в рамках программы предлагаются отдельные услуги для девочек в возрасте от восьми до 12 лет и для девочек в возрасте от 13 до 18 лет, причем каждая группа получает услуги, адаптированные к соответствующему возрасту.

Во многих развивающихся странах подростковая беременность происходит в основном в детских браках. В 158 странах минимальным установленным законом возрастом вступления в брак без согласия родителей считается 18 лет (UNFPA, 2012). Однако в 146 странах государство или нормы обычая разрешают девочкам младше 18 лет вступать в брак с согласия родителей или других властей; в 52 странах с согласия родителей вступать в брак могут девочки, не достигшие 15-летнего возраста.

Законы важны, но не часто соблюдаются. Например, в одном из недавно подготовленных докладов ЮНИСЕФ сообщается о том, что в Индии, где 47 процентов девочек выходят замуж до достижения 18-летнего возраста, в 2010 году лишь 11 человек были осуждены за

▼ Урок по обучению жизненным навыкам, Эфиопия.

© Марк Тушман/
Всемирная федерация
планируемого
родительства





© Марк Гушман/Всемирная федерация планируемого родительства

заклучение детских браков, хотя закон их и запрещает (UNICEF, 2011a).

Из-за проблем с принятием и обеспечением соблюдения законов некоторые правительства принимают другие меры по расширению возможностей девочек, которым грозит детский брак, путем, например, организации обучения жизненно необходимым навыкам, создания безопасных мест, где девочки могли бы обсудить свое будущее, распространения информации об имеющихся у них альтернативах и развития сетей социального вспомоществования. Такие меры призваны наделить девочек знаниями и навыками в областях, имеющих непосредственное отношение к их жизни, включая вопросы сексуального и репродуктивного здоровья, питания и прав, которыми они наделены по закону. Возможности девочек расширяются, когда они могут научиться навыкам, помогающим им добиться определенного уровня жизни, лучше налаживать контакты, а также вести переговоры и принимать реше-

ния, непосредственно влияющие на их жизнь. Безопасные места и обеспечиваемая ими поддержка помогают девочкам бороться с социальной изоляцией, общаться со сверстниками и наставниками и оценивать альтернативы браку (UNFPA, 2012).

Одним из примеров такой программы является «Берхан Хеван» — двухгодичная программа в Эфиопии, осуществление которой началось в 2004 году. Программа «Берхан Хеван» направлена на то, чтобы защитить девочек от насильственных браков и оказать помощь тем из них, кто уже замужем, путем формирования групп, возглавляемых взрослыми наставницами. Эта программа предусматривала экономическое и иное стимулирование девочек в попытке заставить их продолжить школьное обучение, включая неформальное обучение, такое как повышение грамотности и развитие арифметических навыков у девочек, не посещающих школу; и вовлечение общин в обсуждение таких вопро-

сов, как детские браки (Erulkar, A. S., and Muthengi, E., 2009). По оценкам, в Эфиопии доля женщин в возрасте от 20 до 24 лет, которые, по их словам, вышли замуж до достижения 18-летнего возраста, составляет 41 процент (UNFPA, 2012).

В рамках программы «Берхан Хеван» сверстники, общины и отдельные люди успешно объединили свои усилия для повышения социального статуса и уровня образования и улучшения состояния здоровья уязвимых девочек (Bruce et al., 2012). Программа обеспечивала просвещение и вовлечение общин параллельно с финансовым стимулированием. Участницам выдавались школьные принадлежности на сумму около 6 долл. США в год, а после завершения двухгодичной программы — коза или овца стоимостью около 25 долл. США. В рамках программы было охвачено более 12 000 девочек в штате Амхара, на долю которого приходится наибольшее число детских браков. Девочки, участвовавшие в программе — особенно в возрасте от 10 до 14 лет, — чаще продолжали школьное обучение и реже выходили замуж, чем их сверстницы, не охваченные этой программой.

В Индии организация «Патфайндер интернэшнл» занималась осуществлением правительственной программы «*Prachar*» («Поощрение»), призванной изменить поведение, с тем чтобы отсрочить вступление в брак и пропагандировать среди подростков и молодых пар в Бихаре возраст начала беременности и интервалы между беременностями, не наносящие ущерба здоровью. Этот штат Индии отличается наибольшим числом детских браков (63 процента) и наибольшей долей (25 процентов) девочек в возрасте от 15 до 19 лет, которые уже начали рожать (Pathfinder International, 2011).

Программа предусматривала адаптированную с учетом возраста учащихся программу просвещения в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья для незамужних девочек в возрасте от 12 до 19 лет и мальчиков в возрасте от 15 до 19 лет. Сотрудники программы посещали дома молодых замужних женщин,

а сотрудники — дома юношей. Родители и свекрови привлекались к участию на проводимых в общинах встречах, а свекрови также участвовали в визитах на дом. Молодым парам предлагалось принять участие в «инструктажах молодоженов», в ходе которых их информировали, обучали и развлекали, с тем чтобы повысить уровень их знаний в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья, развить жизненно необходимые навыки и способствовать улучшению контактов в семье и совместному принятию решений.

По завершении первого этапа программы молодые замужние женщины почти в четыре раза чаще стали пользоваться противозачаточными средствами, чем молодые замужние женщины, не участвовавшие в программе. Кроме того, у участников программы вероятность вступления в брак и вероятность рождения ребенка была на 44 и, соответственно, 39 процентов ниже, чем у девочек, не охваченных программой.

Программа «*Ishraq*» («Просвещение»), осуществление которой началось в Египте в 2001 году, преследовала цель изменения жизни девочек путем преобразования гендерных норм и бытующих в общинах взглядов на роль девочек в обществе, а также привлечения внимания общества к их проблемам при сохранении их безопасности и конфиденциальности. Программа предусматривала создание специальных мест для девочек в общинах, где девочки могли бы встречаться, учиться и играть, и предлагала комбинированные классы по повышению грамотности, развитию жизненно необходимых навыков и занятиям спортом (Brady et al., 2007). Хотя в ходе оценки этой программы вопросы подростковой беременности не рассматривались, был проанализирован ряд факторов, связанных с детскими браками и ранней беременностью. В частности, повысился уровень грамотности (92 процента участниц, решивших пройти государственный экзамен по грамотности, успешно сдали его), как и доля обучающихся-

ся в школах (почти 70 процентов участниц программы начали учиться или вернулись в школу). После завершения программы участницы заявили о том, что хотят выйти замуж попозже. Кроме того, у участниц программы повысилась самооценка: 65 процентов заявили, что они «чувствуют себя сильными и готовы решать любые проблемы».

Последовательная разработка и осуществление долгосрочных многоуровневых программ охраны сексуального и репродуктивного здоровья также могут способствовать предупреждению подростковой беременности. Одной из развитых стран, которой удалось добиться *крайне низких уровней* подростковой беременности и аборт, являются Нидерланды, придерживающиеся прагматичного и комплексного подхода к планированию семьи, особенно молодежи. Это позволило достичь одного из самых низких в мире показателей абортов (UNFPA, 2013d). С 1971 года услуги по планированию семьи включены в общенациональную публичную систему медицинского страхования, которая предусматривает бесплатную задачу противозачаточных средств. Программы полового воспитания открыты для всех и носят комплексный характер, а показатель расширения возможностей девочек является одним из самых высоких в мире. Молодые люди, ведущие активную половую жизнь, чаще, чем молодежь в других странах, пользуются противозачаточными средствами, в результате чего уровень абортов в стране находится на одном из самых низких в мире уровней (Ketting and Visser, 1994; Sedgh et al., 2007).

Право на комплексное половое просвещение, адаптированное с учетом возраста

Комплексное половое воспитание на базе школьного обучения дает молодым людям возможность получать адаптированную к их возрасту, культурно значимую и научно достоверную информацию. Оно также предоставляет молодым людям организационно оформленную

возможность проанализировать свои взгляды и ценности и попрактиковаться в навыках, которые будут им необходимы для принятия информированного решения в отношении своей сексуальной жизни.

Подростки и молодежь имеют право на комплексное и недискриминационное половое воспитание, что закреплено в ряде соглашений и документов по правам человека, включая Конвенцию о правах ребенка, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах; Международный пакт о гражданских и политических правах; Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин; и Конвенцию о правах инвалидов. Комплексное половое воспитание имеет важнейшее значение для реализации других прав человека (UNFPA, 2010 год).

В ходе изучения 87 комплексных программ полового воспитания, в том числе 29 программ из развивающихся стран, ЮНЕСКО (2009) обнаружила, что почти все эти программы обеспечивают повышение уровня знаний, а две трети из них положительно сказываются на поведении: многие подростки откладывали начало половой жизни, снижали частоту сексуальных контактов и уменьшали число сексуальных партнеров, активнее использовали презервативы или противозачаточные средства или переходили к менее рискованному сексуальному поведению. Более четверти программ привели к улучшению положения в двух или более из указанных аспектов поведения.

В ходе другого исследования был сделан следующий вывод: «В настоящее время имеются четкие свидетельства того, что программы полового воспитания могут помочь молодым людям отложить начало активной половой жизни и шире использовать противозачаточные средства, когда они начинают вступать в половые контакты. Кроме того, в рамках проведенных на сегодняшний день исследований собраны данные, позволяющие организовывать программы, которые не ограничиваются лишь снижением уровня сексуальной активности — а

именно вопросами нежелательной беременности и заболеваний, передаваемых половым путем, — а обеспечивают более целостный подход к вопросам сексуального здоровья и благополучия молодых людей» (Boonstra, 2011).

Существует два основных подхода к половому воспитанию: пропаганда исключительно воздержания и осуществление комплексных программ, адаптированных к возрасту учащихся. В ходе двух крупных исследований (Oxford, 2007; Kirby, 2008) было обнаружено, что программы, пропагандирующие одно воздержание, не обеспечивают эффективного прекращения или более позднего начала половой жизни. Комплексные программы полового воспитания «рассказывают не только о том, что воздержание является наилучшим методом предохранения от инфицирования заболеваниями, передаваемыми половым путем, и нежелательной беременности, но и о презервативах и противозачаточных средствах, позволяющих снизить риск нежелательной беременности и инфицирования заболеваниями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ. Они также предусматривают обучение навыкам межличностного общения и коммуникаций и помогают молодым людям глубже разобраться в своих собственных ценностях, целях и альтернативах» (Advocates for Youth, 2001).

В ходе изучения комплексных программ ЮНЕСКО обнаружила, что «практически все программы обеспечили повышение уровня знаний, а две трети положительно сказались на поведении...», в том числе позволили отложить начало активной половой жизни. В Соединенных Штатах самые высокие показатели подростковой беременности, как правило, отмечаются в штатах, где преобладает пропаганда исключительно метода воздержания. Самые низкие показатели отмечаются в штатах, где информация о половой жизни и противозачаточных средствах подается непредвзято (Szalavitz, 2013).

При анализе хода осуществления комплексных программ полового воспитания и

их достижений после проведения в 1994 году Международной конференции по народонаселению и развитию международное сообщество узнало о комплексном половом воспитании немало нового. Один из уроков заключается в том, что даже в условиях пандемии ВИЧ/СПИДа правительства не торопятся с организацией комплексных программ полового воспитания и еще менее охотно идут на охват наиболее уязвимых молодых людей (Haberland and Rogow, 2013).

Второй урок заключается в том, что комплексное половое воспитание может не ограничиваться профилактикой рискованного поведения. Как показывают результаты исследований, наибольшее влияние на подростковую беременность и заболевания, передаваемые половым путем, оказывают, как правило, программы, пропагандирующие критический подход к обсуждению гендерных вопросов и баланса сил в семейных отношениях (Haberland and Rogow, 2013). Эти результаты вселяют надежду на появление нового поколения программ, которые смогут оказывать конкретное позитивное влияние на благополучие молодых людей.

Как показывают новые исследования, комплексные программы полового воспитания с большей вероятностью приводят к снижению показателей подростковой беременности и распространенности заболеваний, передаваемых половым путем, когда в них затрагиваются гендерная проблематика и баланс сил в семейных отношениях. Результаты исследований, проведенных как в развивающихся, так и в развитых странах, подтверждают, что молодые люди, которые убеждены в равноправии полов, ведут более здоровую половую жизнь, чем их сверстники. И напротив, у тех молодых людей, которые придерживаются менее эгалитарных взглядов, сексуальные контакты, как правило, чреваты более негативными последствиями для здоровья (International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 2011).

Гендерное равенство и права человека играют ключевую роль в предотвращении распро-

«Судя по средствам массовой информации, все должны заниматься сексом! Все посвящено сексу...реклама... все. Конечно, люди начинают вести себя так, как им внушают, и становятся беспечными».

17-летняя девочка, Швеция

странения ВИЧ и предоставлении молодым людям возможности по достижении взрослого возраста иметь хорошее здоровье. Например, молодые люди, которые придерживаются более эгалитарных по сравнению со своими сверстниками взглядов на распределение функций между мужчинами и женщинами, с большей вероятностью откладывают начало активной половой жизни, пользуются презервативами и практикуют предохранение от беременности; среди них ниже уровень инфицирования заболеваниями, передаваемыми половым путем, и меньше число случаев нежелательной беременности, а их отношения реже характеризуются насилием. В ходе еще одного исследования было обнаружено, что в результате осуществления программы, ориентированной на углубление понимания девочками рисков сексуальных контактов с представителями другого поколения, уровень беременности снизился на 28 процентов (Duras, 2011).

Самые комплексные программы полового воспитания осуществляются в рамках школьной программы. Однако не все подростки посещают школу и не все из них продолжают школьное обучение до тех пор, пока не начинают половую жизнь. Таким образом, состоящие в браке девочки в возрасте от 10 до 14 лет, которые не посещают школу, практически лишены доступа к половому воспитанию.

Поэтому важно приложить дополнительные усилия, чтобы удовлетворить потребности подростков, не посещающих школу. Охватить детей, не посещающих школу, разработанными в школах групповыми программами полового воспитания и информирования о ВИЧ удалось бы, если бы эти программы организовывались поставщиками медицинских и других услуг для молодежи, общинными центрами или другими местными учреждениями, доступными для подростков (Kirby et al., 2006).

По данным ЮНЕСКО (2013), 57 млн. детей возраста учеников начальной школы и 69 млн. детей возраста учеников младших классов средней школы не ходят в школу. Большинство из них проживают в развивающихся странах, и чуть более половины из них составляют девочки. Чтобы охватить большое число подростков, не посещающих школу, можно использовать два подхода (хотя они отнюдь не обязательно могут выступать в роли самостоятельных программ по предупреждению беременности): использование средств массовой информации и интерактивное обучение по радио.

Как показал недавно проведенный анализ кампаний по пропаганде сексуального здоровья подростков в средствах массовой информации, большинство из которых проводилось в развивающихся странах, как правило, такие кампании обеспечивают повышение уровня знаний и в большинстве случаев влияют на поведение, например, на пользование презервативами (Gurman and Underwood, 2008; Bertrand et al., 2006). Некоторые позволили уменьшить число партнеров у женщин, сделать более редкими беспорядочные половые связи или половые контакты со взрослыми мужчинами и увеличить число лиц, практикующих воздержание.

В Замбии проведение кампании под названием «HEART» (аббревиатура слогана «Поможем друг другу вести себя ответственно»), разработанной подростками и для подростков в возрасте от 13 до 19 лет, позволила повысить уровень информированности в вопросах профилактики ВИЧ и пользования

презервативами и сформировать в обществе условия, позволяющие обсуждать, оспаривать и переоценивать социальные нормы для сокращения масштабов передачи ВИЧ половым путем. В ходе оценки выяснилось, что среди зрителей программ, транслировавшихся во время кампании, число людей, заявивших о том, что они, вероятно, будут пользоваться презервативами, оказалось на 87 процентов больше, чем среди тех, кто не смотрел эти программы, а число тех, кто использовал презерватив во время последнего сексуального контакта, было выше на 67 процентов. Использование презервативами — это поведение, которое может помочь предохраниться от беременности (AIDSTAR-One, данные отсутствуют).

Проводимая в Бразилии «Программа полового и эмоционального воспитания: новые перспективы» построена на основе изучения прав и ориентирована на предупреждение опасной сексуальной практики и поощрение позитивных подходов к тому, что понимается под «здоровой и доставляющей наслаждение половой жизнью». Программа, ориентированная также на обеспечение гендерного равенства, предусматривает использование комплексного подхода, обеспечивающего охват подростков как в школе, так и за ее пределами и вовлечение учителей, медицинских работников, семей и общины. Охват подростков обеспечивается также с помощью радиопрограмм, школьных газет, театральных постановок и информационных практикумов. Как показала оценка, в ходе которой были опрошены 4795 молодых людей из 20 публичных школ в штате Минас-Жерайс, среди участников программы доля лиц, пользующихся презервативами во время половых контактов либо со случайными, либо с постоянными партнерами, и доля лиц, пользующихся современными средствами контрацепции, оказались выше, чем в контрольной группе. Кроме того, проведение программы не привело к росту сексуальной активности (Andrade et al., 2009).

Кампании в средствах массовой информации обеспечивают более эффективный охват

городских подростков (как посещающих, так и не посещающих школу), чем их сельских сверстников, хотя по мере расширения социальных сетей и повышения доступности мобильных технологий связи их охват расширяется.

Вместе с тем следует иметь в виду, что средства массовой информации могут как способствовать решению проблемы предупреждения беременности путем распространения соответствующей информации, так и популяризировать сексуальные контакты и подростковую беременность, как это делается в сериале «Мама-подросток 2» на канале MTV в Соединенных Штатах.

Еще одним способом просвещения или информирования общественности являются рекламные кампании. Некоторые из этих кампаний делают ставку на страх или запугивание

▼ *Подростки, пришедшие за противозачаточными средствами в центр СЕМОPLAF в Риобамбе, Эквадор.*

© Марк Тушман/Всемирная федерация планирования
родительства



в попытке изменить поведение угрозой неминуемой опасности или вреда (Maddux et al., 1983). Тактика запугивания предусматривает рассказ о риске, указание того, кто подвергается этому риску, и призыв к принятию конкретных мер, таких как меры по предупреждению подростковой беременности. Как показывают проведенные исследования кампаний, построенных на запугивании, например, в попытке заставить людей бросить курить или похудеть, эти кампании практически не добиваются желаемых результатов, когда распространяют информацию, вызывающую сильный страх, но не рекомендуют конкретных действий или когда рекомендуемые действия оказываются трудноосуществимы или считаются неэффективными. Такой подход также неэффективен в случаях, когда авторы программ не признают наличия барьеров и не рассказывают, как их преодолеть, а также не предлагают никакой помощи зрителям или слушателям этих программ, чтобы они поверили в то, что способны добиться требуемого результата. Для того чтобы такой подход работал, предполагаемая эффективность действий должна быть выше, чем предполагаемая угроза.

Совершенствуются и системы распространения материалов: теперь многие программы

предусматривают возможность обучения в Интернете (Haberland and Rogow, 2013). Несмотря на отсутствие на данном этапе убедительных доказательств того, что эти механизмы распространения информации позволяют добиться ощутимо более высоких результатов, возможности для недорогостоящего глобального охвата дают основание полагать, что в будущем число интернет-программ, вероятно, возрастет. Необходимы инвестиции в проведение углубленных исследований для оценки результатов таких программ. Кроме того, в рамках некоторых из уже существующих программ, таких как программы «Afluentes» в Мексике и «Butterfly» в Нигерии, уже используются компьютерные программы для организации подготовки учителей или оказания им технической поддержки.

Еще одним способом получения подростками информации, которая может помочь им предохраниться от беременности, являются программы развития жизненно необходимых навыков. По данным ЮНИСЕФ (2012), примерно в 70 странах действуют общенациональные программы обучения жизненно необходимым навыкам, которые различаются в зависимости от страны и культурных условий. Однако в целом обучение жизненно необходимым навыкам построено на развитии пяти ключевых навыков: принятия решений и решения проблем; творческого подхода и критического мышления; навыков межличностного общения и коммуникации; самоанализа и сочувствия; и борьбы с эмоциями и стрессом. Большое внимание в рамках обучения жизненно необходимым навыкам уделяется развитию защитных психологических навыков, коммуникативным навыкам и знаниям, позволяющим избежать рисков.

На протяжении 10 лет, начиная с 1996 года, Программа обучения жизненно необходимым навыкам в Махараштре, Индия, предусматривала еженедельное проведение часовых занятий, некоторые из которых были посвящены вопросам здоровья, детского здоровья и питания. Программа была предназначена для

«Однажды презерватив порвался, а мы не сразу заметили это. Моя девушка запаниковала, и я ее прекрасно понимаю. Но мы справились с этой ситуацией. Мы нашли аптеку и купили там средство экстренной контрацепции».

Ласс, 18 лет, Дания



незамужних девочек в возрасте от 12 до 18 лет, причем особое внимание уделялось девочкам, не посещающим школу и имеющим работу. К разработке программ привлекались родители и учителя, проводящие занятия. В ходе оценки было установлено, что программа оказала значительное воздействие: в районе, охваченном программой, медианный возраст вступления в брак повысился с 16 до 17 лет, причем представители контрольной группы в четыре раза чаще вступали в брак до достижения 18-летнего возраста, чем участники программы. Кроме того, доля девочек, вступающих в брак до достижения 18-летнего возраста, упала до 61,8 процента по сравнению с 80,7 процента для девочек, не охваченных программой (Pande et al., 2006).

Отношение мальчиков и мужчин оказывает серьезное влияние на здоровье, права, социальный статус и благополучие девочек и, таким образом, на уязвимость девочек для беременности. ЮНФПА поддерживает во многих странах осуществление программ по вопросам половых связей, семейной жизни и обучения жизненно необходимым навыкам, предназначенных для мальчиков, подростков и юношей, призванных заставить усомниться в правильности существующих стереотипов в отношении мужественности, рискованного поведения мужчин (особенно

сексуального поведения) и содействовать более глубокому пониманию ими и поддержке прав женщин и гендерного равенства. В некоторых странах ЮНФПА в сотрудничестве с национальными учреждениями занимается распространением информации о последствиях негативного поведения и вредоносной практики для девочек и женщин в рамках организованных на базе школьного обучения комплексных программ полового воспитания, адаптированных с учетом возраста слушателей, или вместе с организациями гражданского общества стремится вовлечь мужчин и мальчиков в обсуждение их отношения к таким вопросам, как детские браки, контрацепция и вопросы сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав.

Инвестиции в услуги для подростков и молодежи

Подростки — состоящие или не состоящие в браке — зачастую не имеют доступа к противозачаточным средствам и информации об их использовании. К числу барьеров, препятствующих получению такого доступа, относятся незнание того, где получить такие средства, страх столкнуться с отказом поставщика услуг, противодействие со стороны партнера-мужчины, осуждение контрацепции или подростко-

▲ Молодые консультанты-сверстники и их ученики, участвующие в программе «Geração Biz» в Manhiça, Мозамбик

© ЮНФПА/Педру Сан да Бандейра

ЧИСЛО ПОДРОСТКОВЫХ АБОРТОВ НА УКРАИНЕ УПАЛО НА ДВЕ ТРЕТИ

Как сообщалось, в начале 1990-х годов на Украине ежегодно производился один миллион аборт. С тех пор этот показатель снизился более чем на 80 процентов, что объясняется главным образом расширением доступа к противозачаточным средствам и информации и услугах в сфере планирования семьи.

Доля аборт среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет также снизилась: с 7,74 до 2,51 аборт на 1000 девочек в настоящее время. Это снижение объясняется усилиями правительства по расширению доступа к медицинским услугам, предназначенным для молодежи, и законодательством, стратегиями и программами, в которых вопросы охраны сексуального и репродуктивного здоровья молодежи рассматриваются в качестве приоритетных.

К числу таких программ относится разработанная правительством программа «Репродуктивное здоровье нации», в которой поставлена цель сохранить репродуктивное здоровье населения и оказать положительное влияние на репродуктивное здоровье подростков. Другая программа — общенациональная программа «Молодежь Украины» — пропагандирует здоровый образ жизни как один из национальных приоритетов.

ЮНФПА, Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ оказывают министерству здравоохранения помощь в разработке всеобъемлющей нормативной и институциональной базы для организации медицинских услуг, предназначенных для молодежи.

Доступ к качественным услугам в сфере планирования семьи, включая консультацию по современным методам контрацепции, улучшается, а информированность о пользе планирования семьи для здоровья растет. Для расширения ассортимента противозачаточных средств и снижения цен на них правительство устанавливает партнерские отношения с фармацевтическими компаниями и аптеками, а министерство здравоохранения наращивает возможности по поддержке и пропаганде инициатив в сфере планирования семьи, в том числе предлагаемых подросткам и молодежи.

Виктория Веренич — гинеколог-акушер в киевской клинике, предназначенной для молодежи — говорит, что за последние пять лет она заметила у своих клиентов тенденцию к более раннему началу половой жизни.

«Очень важно, чтобы на данном этапе своей жизни они имели доступ к квалифицированной консультационной помощи по вопросам предупреждения нежелательной беременности, ВИЧ и заболеваний, передаваемых половым путем, — говорит Веренич. — Такие консультационные услуги должны предоставляться удобным для молодых людей образом».

вого секса членами общины, неудобное расположение или часы работы клиники, стоимость и опасения того, что тайна и конфиденциальность не будут обеспечены.

Чтобы облегчить подросткам получение информации о предупреждении беременности и заболеваниях, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, или доступ к противозачаточным средствам, во все большем числе стран создаются службы охраны сексуального и репродуктивного здоровья, предназначенные для молодежи. Службы, предназначенные для молодежи, как правило, обеспечивают тайну визитов подростков, располагаются в местах — и открыты в часы, — удобные для молодых людей, укомплектованы сотрудниками, обученными удовлетворять потребности молодежи, и предлагают весь комплекс важнейших услуг.

Например, в Никарагуа для расширения доступа неблагополучных подростков и молодых людей к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая противозачаточные средства, создана программа талонов на обслуживание. Талоны на бесплатные услуги распространяются местными неправительственными организациями среди подростков и молодых людей на рынках Манагуа, возле публичных школ, на улицах и в больницах. Кроме того, социальные работники распространяют талоны во время обходов своих подопечных. Каждый талон действует в течение трех месяцев и может быть передан другому подростку, который в нем больше нуждается. Этот талон можно использовать для оплаты одной консультации и одного последующего визита для: консультирования, планирования семьи, прохождения теста на наличие беременности, дородового ухода, лечения заболеваний, передаваемых половым путем, или получение услуг в любом сочетании. В рамках программы также организована подготовка персонала клиник в вопросах консультирования подростков, обсуждения половой жизни подростков и выявления случаев сексуального насилия и принятия необходимых мер (Muewissen, 2006).

Судя по предварительным выводам проведенной оценки, введение талонов облегчило доступ к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, повысило уровень знаний о противозачаточных средствах и о заболеваниях, передаваемых половым путем, и привело к более активному использованию презервативами.

В рамках организованной в Мозамбике программы «Geração Biz» («Занятое поколение»)

министерства здравоохранения, образования и по делам молодежи и спорта совместно оказывают услуги в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, предназначенные для молодежи, проводят на базе школ кампании по распространению информации о противозачаточных средствах и профилактике ВИЧ и распространяют аналогичную информацию через общину, с тем чтобы охватить молодых людей, не

УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В КОЛУМБИИ

На втором этаже современного здания в Дуитае, Колумбия, где располагается предназначенный для молодежи медицинский центр, практически не осталось белых стен: большинство раскрашены местными подростками-граффитчиками. Из 111 000 жителей Дуитамы около четверти составляют молодые люди в возрасте от 10 до 24 лет.

Каждый месяц к услугам центра, который предлагает все, начиная с зубо врачебных услуг и кончая услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и психотерапии, прибегает более 600 молодых людей.

«Речь идет не только о здоровье, но и о контактах», — говорит Нубия Стелла Робайо (медсестра, специализирующаяся на оказании подросткам услуг по охране здоровья матери и новорожденного).

«Большинство девочек испытывают финансовые трудности, — говорит Робайо. — 80 процентов их беременностей не запланированы». К тому же большинство девочек и мальчиков, впервые обращающихся в центр, не пользуются противозачаточными средствами.

По словам Робайо, многие из девочек, с которыми она сталкивается, думают, что их тела еще недостаточно созрели для беременности, и поэтому им кажется, что им нет нужды волноваться и использовать презервативы. Это особенно характерно для девочек из близлежащих сельских районов. Такое непонимание вопросов половой жизни и беременности, считает она, указывает на необходимость повышения качества полового воспитания и информации.

«Когда я впервые услышала об услугах для молодежи, я подумала, что это великолепная идея, и сказала себе “мы должны это сделать”», — говорит управляющая центром Люсила Эсперанса Перес, которая считает, что главной задачей является предупреждение подростковой беременности. У самой Перес к 20 годам уже было двое детей, и поэтому она на собственном опыте испытала проблемы, которые может представлять подростковая беременность. «Мы хотели создать центр, в котором молодые

люди могли бы получать информацию, необходимую им для регулирования своей половой и репродуктивной жизни, — говорит Перес. — И с самого начала осуществления этого проекта мы активно консультировались с молодыми людьми: именно они были подлинными руководителями».

Она поясняет, что служба считается предназначенной для молодежи, когда она обеспечивает удовлетворение потребностей подростков и молодых людей, признает их права и становится местом, где они могут получить информацию, инструкции и уход. Здоровье, добавляет она, — это состояние физического, психического, духовного и социального благополучия.

Катрин, 19 лет, находится на 33-й неделе беременности и проходит в центре дородовой осмотр. «Беременность трудно переносить, если она не запланирована, — говорит она, — поскольку слишком многие цели и мечты приходится откладывать на потом».

Катрин говорит, что медсестры и врачи в центре относятся к ней по-доброму. «Медсестры и врачи разговаривают с тобой ласково и всегда готовы ответить на любые вопросы или войти в твоё положение», — говорит она.

Хуан, 20 лет, присоединился к одной из действующих в центре групп сверстников, в которых молодые люди могут поделиться своим опытом и знаниями с другими молодыми людьми в школах и в общине в целом. Его группа сверстников также организует практикумы, форумы и другие мероприятия, на которых молодые люди совместно обсуждают самые разные вопросы: от ответственной половой жизни до гендерного насилия. Иногда на такие мероприятия собирается до 1000 молодых людей.

Хотя к услугам центра прибегает все больше и больше молодых людей, а число случаев подростковой беременности начинает уменьшаться, Перес считает, что необходимо еще многое сделать, чтобы помочь еще большему числу людей предохраняться от беременности и решать другие проблемы, которые влияют на положение молодежи Дуитамы, такие как предупреждение сексуального насилия и искоренение алкоголизма и наркомании.

обучающихся в школе. Через свою сеть, объединяющую 5000 консультантов-сверстников, программа «Geração Biz» обеспечивает непредвзятое и конфиденциальное распространение информации и услуг среди мозамбикской молодежи. Одним из ключевых факторов, способствующих повышению уровня знаний подростков и молодых людей о противозачаточных средствах и их более активному использованию, является межсекторальный характер этой программы, в которой участвуют национальные руководители, медицинские работники, учителя и заинтересованные лица на уровне общин, а также сами молодые люди (Hainsworth et al. 2009).

Программа «DISHA» (Инициатива в области развития, направленная на содействие здоровой жизни подростков) в Индии предусматривает сочетание наставничества и диалога на уровне общин с увеличением числа медицинских служб и программ комплексного полового воспитания, просвещения в вопросах использования контрацептивов и обеспечения доступа к противозачаточным средствам, а также обучения жизненно необходимым навыкам. В рамках программы в 176 селах были созданы молодежные группы и информационно-справочные центры, где подростки могут узнать о сексуальном и репродуктивном здоровье, обратиться за услугами и пройти обучение навыкам, которые позволят им в будущем зарабатывать на жизнь. Программа также предусматривает обучение местных медиков оказанию услуг, предназначенных для молодежи, привлечение добровольцев для распространения современных средств планирования семьи, развертывание сети учителей-сверстников, организацию консультирования и предоставление молодым людям и взрослым возможности совместного обсуждать роль молодежи в обществе.

В результате оценки, проведенной с использованием квазиэкспериментального анализа с использованием группы сравнения, выявилось, что у участников программы возраст вступления в брак повысился с 15,9 года до 17,9 года; а состоящие в браке молодые люди, которые

приняли участие в программе, почти на 60 процентов чаще сообщали о том, что они теперь пользуются современными противозачаточными средствами, чем такие же молодые люди, не охваченные программой. Кроме того, изменилось отношение к детским бракам. В начале осуществления программы мнение о том, что идеальным возрастом вступления в брак для девочек является 18 лет или больше, разделяли 66 процентов мальчиков и 60 процентов девочек. После прохождения программы этот показатель составил 94 процента для мальчиков и 87 процентов для девочек (Kanesathasan et al., 2008).

Доступ к средствам экстренной контрацепции особенно важен для подростков, и в первую очередь для девочек, которые зачастую не обладают навыками или влиянием, позволяющими убедить партнера в необходимости пользования презервативами, и уязвимы для сексуального принуждения, эксплуатации и насилия. Экстренная контрацепция — это метод, позволяющий предохраниться от беременности в течение пяти дней после сексуального контакта без применения противозачаточных средств, несрабатывания или неправильного применения контрацептива (например, в случае, когда девочка забыла принять таблетку), изнасилования или секса по принуждению. Она нарушает овуляцию и снижает вероятность беременности на 90 процентов. Она не может предотвратить имплантацию оплодотворенной яйцеклетки, повредить развивающемуся эмбриону или прервать беременность.

К числу барьеров на пути доступа подростков к средствам экстренной контрацепции относятся незнание об этих средствах, нежелание медицинских работников предоставлять их, стоимость, сопротивление общины их применению и ограничения по закону.

В 22 странах отсутствует доступ к специально разработанным и зарегистрированным средствам экстренной контрацепции (International Consortium for Emergency Contraception, 2013). Даже в тех странах, где средства экстренной контрацепции имеются, подростки могут

неохотно обращаться за ними в традиционные медицинские центры, такие как клиники, персонал которых может относиться к этому с осуждением. Чтобы облегчить для подростков доступ к средствам экстренной контрацепции, неправительственная организация «Путь» разработала в Камбодже, Кении и Никарагуа проект расширения возможностей аптек по оказанию предназначенных для молодежи услуг в сфере охраны репродуктивного здоровья, в рамках которого особое внимание уделяется средствам экстренной контрацепции. В рамках этой инициативы была организована подготовка сотрудников аптек и сверстников-учителей для распространения достоверной, современной информации о средствах экстренной контрацепции и других услугах в сфере охраны репродуктивного здоровья.

В ходе оценки этой инициативы было установлено, что в результате осуществления этого проекта способность персонала аптек оказывать молодежи высококачественной услуги в сфере охраны репродуктивного здоровья повысилась. Данные свидетельствуют о том, что сотрудники аптек повысили уровень знаний в вопросах средств экстренной контрацепции, заболеваний, передаваемых половым путем, и современных методов контрацепции. Во всех трех странах уровень знаний сотрудников аптек о средствах экстренной контрацепции значительно вырос. Судя по предварительным результатам оценки, до обучения средства экстренной контрацепции правильно выдавали до 30 процентов сотрудников аптек; после обучения этот показатель вырос до примерно 80 процентов (Parker, 2005).

Пресечение сексуального принуждения и насилия

Под сексуальным насилием обычно понимаются сексуальные контакты, совершаемые в результате физического принуждения, особенно изнасилование. Сексуальное принуждение — это более общий термин, под которым понимается принуждение или попытка при-

нуждения другого лица посредством насилия, угроз, настойчивого убеждения, обмана, культурных ожиданий и экономических обстоятельств вступить в половые сношения против ее или его воли (Baumgartner et al., 2009).

Определения, объединяющие все формы сексуального принуждения и сексуального насилия, затрудняют установление связи между подростковой беременностью и сексуальным насилием, таким как изнасилование, или сексуальным принуждением, которое подростки могут считать насилием или не считать таковым.

Почти 50 процентов всех сексуальных нападений в мире совершается в отношении девочек, не достигших 16-летнего возраста.

Пресечение принуждения и насилия в отношении подростков — или любого другого лица — является настоящей необходимостью в любой стране и требует неустанных усилий по многим направлениям: от укрепления систем уголовного правосудия, с тем чтобы обеспечить привлечение виновных к ответственности и оказание помощи жертвам, до подготовки медицинских работников, с тем чтобы они могли распознавать признаки насилия и сообщать о них, и изменения отношения мужчин и мальчиков, с тем чтобы предотвращать принуждение и насилие.

В трех странах — Индии, Гаити и Демократической Республике Конго — недавно были ужесточены законы против сексуального насилия, однако до сих пор ни в этих, ни в других странах не проводилась оценка таких законов, чтобы понять, насколько хорошо они защищают девочек от изнасилования и нежелательной беременности (Heise, 2011). Вместе с тем их эффективность — во многом как и эффективность законов, запрещающих детские браки, — зависит от обеспечения их соблюдения и от их поддержки общественностью. Однако законы, предусматривающие уголовное наказание за

сексуальное и гендерное насилие, как и закон о запрете детских браков, дают ясно понять, что защита прав уязвимых молодых людей, и особенно девочек-подростков, — это национальный приоритет.

В ходе изучения данных о мероприятиях по сокращению масштабов насилия в отношении девочек-подростков (Blanc et al., 2012) отмечается, что инициативы по предотвращению насилия, как правило, проводятся в рамках более широких программ, предусматривающих обучение жизненно необходимым навыкам, создание безопасных мест для девочек и изменение представлений мальчиков и молодых мужчин о мужественности. Или же они являются частью более широких ориентированных на молодежь программ в области сексуального и репродуктивного здоровья. Такие программы осуществляются, например, через спортивные ассоциации (Brady and Khan, 2002), программы развития жизненно необходимых навыков и поддержки сверстников (Askew et al., 2004; Ajuwon and Brieger, 2007; Jewkes et al., 2008), программы женского наставничества/опекунства (Mgalla et al., 1998), программы, пропагандирующей профилактику ВИЧ и просвещение в вопросах репродуктивного здоровья (Hallman and Roca 2011) и практикумы, предназначенные для мужчин (Peacock and Levack, 2004). Еще одним средством является модификация программ полового воспитания или обучения жизненно необходимым навыкам в школах, с тем чтобы они предусматривали более активное обсуждение вопросов гендерного насилия и сексуального принуждения (Ross et al., 2007).

В то же время в этом обзоре указывается, что хотя этим инициативам и удалось расширить возможности девочек, развить их коммуникативные навыки и сформировать мировоззрение, основанное на принципе гендерного равенства, уменьшение числа случаев насилия со стороны партнеров отмечалось лишь в тех случаях, когда принимаемые меры также предусматривали расширение экономических возможностей, поддержание гендерного и сексуального здоровья

и групповую солидарность (Pronyk et al., 2006; Jewkes et al., 2008) и/или вовлечение мужчин и мальчиков (Verma et al., 2008).

Инвестиции в девочек, которые беременны или имеют детей

Многое можно сделать для уменьшения пагубных медицинских, социальных и экономических последствий беременности для девочек и недопущения утраты как состоящими, так и не состоящими в браке подростками возможностей получения образования, трудоустройства, поддержания уровня жизни и участия в делах общин.

Обеспечение доступа беременных подростков или молодых матерей к услугам зачастую означает оказание финансовой поддержки, с тем чтобы они могли позволить себе уход за здоровьем и нормальное питание, консультирование по вопросам грудного вскармливания, помощь в возобновлении школьного обучения или профессиональной подготовки, обеспечение жильем и услугами, если от них отказались их семьи, и противозачаточными средствами или информацией и услугами, позволяющими регулировать периодичность деторождений.

К числу важнейших факторов, обеспечивающих улучшение материнского здоровья подростков, относятся доступ к родовому осмотру и прохождение такого осмотра для диагностирования и лечения базовых проблем со здоровьем, включая малярию, ВИЧ и анемию, оказание акушерской помощи молодым

«Я родила первого ребенка, когда мне было 14 лет, а второго — в 17. Чтобы прокормить себя и детей, я работала в чужих садах за 700 руандийских франков [около 1 долл. США] в день или стирала чужое белье.

Эмерит, 18 лет, Руанда

матерям и их младенцам для обеспечения безопасности родов, лечение осложнений после небезопасных аборт, оказание послеродовой помощи и уход за новорожденными, а также предоставление доступа к противозачаточным средствам для регулирования рождаемости (Advocates for Youth, 2007).

Однако для миллионов подростков во всем мире доступ к услугам ограничивается целым рядом экономических, социальных и географических факторов, а также отсутствием этих услуг. Одним из ключевых факторов, определяющих доступ к таким услугам и возможность их использования, является личная самостоятельность — или ее отсутствие. Это препятствие особенно непреодолимо для девочек, которые состоят в браке и практически не могут повлиять на решения, касающиеся их собственного здоровья, и которые практически или полностью лишены денег, необходимых для оплаты предлагаемых услуг или проезда в клинику (World Health Organization, 2007). Девочки могут также воздерживаться от обращения за помощью, если считают, что медицинские работники будут осуждать их или откажутся оказывать им помощь.

Как правило, подростки обращаются за медицинской помощью позже и получают меньше. Беременные девочки зачастую не знают о том, какие услуги предлагаются, когда следует обращаться за помощью и как получить эту помощь в нужное время. Девочки, не проходящие дородового осмотра, менее готовы к возникновению чрезвычайных ситуаций до, во время или после рождения ребенка. Сельским женщинам, чтобы добраться до ближайшего медицинского пункта, зачастую приходится пешком проходить по несколько километров (World Health Organization and UNFPA, 2006). А расстояние до места, где им могут оказать экстренную акушерскую помощь, может быть гораздо больше.

Одной из стран, принявших меры по расширению доступа беременных девочек к дородовому уходу, родам и послеродовому уходу,

является Бразилия. Институт перинатологии Баии (ИПЕРБА) — это центр, куда направляются беременные с высоким риском осложнений со всей Баии — обширавшего штата в северо-восточной части страны. Коллектив ИПЕРБА, объединяющий врачей самых разных специальностей, занимается самыми разными аспектами рождения ребенка: комфортным принятием родов, в ходе которых во главу угла поставлены интересы пациентки, предотвращением передачи ВИЧ и сифилиса от матери к ребенку и оказанием помощи жертвам гендерного насилия. Эта больница также широко известна тем, что она предлагает специализированную помощь беременным подросткам. Через нее проходят более тысячи человек в год, т. е. на ее долю приходится 23 процента всех родов.

«Когда мне было 17 лет, у меня в школе появился парень. Я расспросила своих подружек о сексе, и они сказали мне, что в первые 10 дней после менструации забеременеть невозможно. Однако я забеременела. Парнишка так испугался, что тут же сбежал, а мои родители хотели меня убить. К счастью, один из учителей из моей школы пошел со мной и помог мне все рассказать родителям. Учитель также сказал нам, что после рождения ребенка я смогу вернуться в школу. Сначала родители и слышать ни о чем не хотели, но потом примирились с этой новостью. В 20 лет я закончила школу и теперь хочу стать учителем. Хотела бы, чтобы такие вопросы активнее обсуждались в школе, с тем чтобы девочки не повторяли моих ошибок».

Фиби, 20 лет, Уганда

«Я всегда пытаюсь представить, какой была бы моя жизнь, если бы до того, как я забеременела, я познакомилась бы с кем-нибудь, кто научил бы меня умению настоять на своем, рассказал бы мне об отношениях между мальчиками и девочками, о преимуществах и недостатках начала половой жизни в столь юном возрасте. Возможно, я не оказалась бы в такой ситуации».

Свинтон, 20 лет, забеременела в 15, Зимбабве

Программа «Возможности выбора лучшего жизненного пути» в Индии предусматривает комплексный подход к оказанию услуг беременным подросткам в городских трущобах Дели, селах Мадхья-Прадеш и деревнях Гуджарата. Программа предлагает комплекс услуг в области образования, предоставления возможности получения доходов, развития жизненно необходимых навыков, обучения грамотности, профессионально-технической подготовки и репродуктивного здоровья с общей целью увеличить число открытых перед девочками жизненных путей (World Health Organization, 2007). Программа также вносит свой вклад в социальные преобразования путем просвещения родителей, членов семьи и лиц, принимающих решения в общинах. В ходе оценки обнаружилось, что девочки, участвующие в этой программе, чаще, чем не охваченные программой, соблюдают послеродовой режим питания (принимают добавки, содержащие железо и соль фолиевой кислоты) и рожают в больницах или дома под присмотром квалифицированных медицинских работников.

Чем дольше девочка не ходит в школу, тем меньше вероятность того, что она туда вернется. Чтобы дать беременным подросткам или молодым матерям возможность продолжить школь-

ное обучение или вернуться в школу, необходима соответствующая школьная политика на национальном и местном уровнях. Однако даже при наличии соответствующей политики многие могут не возобновить свое обучение. Например, несмотря на прогрессивное законодательство в Южной Африке, разрешающее молодым женщинам возобновлять школьное обучение после беременности, лишь около трети из них на деле возвращаются в школу (Grant and Hallman, 2006). Чтобы положение в этой области улучшилось, необходимо организовать оказание некоторым девочкам помощи в уходе за ребенком, финансовой поддержки и индивидуализированной (один на один) помощи и консультирования, с тем чтобы они могли справиться со своими новыми обязанностями и не чувствовали себя отличными от своих сверстниц.

Женский центр Фонда Ямайки оказывает помощь девочкам в возрасте 17 лет и младше, которые бросили школу или были исключены из нее по причине беременности. Матерям-подросткам предоставляется возможность продолжить обучение в ближайшем к ним отделении Центра в течение по крайней мере одной школьной четверти, а затем после рождения ребенка вернуться в обычную школу. Всего создано семь главных центров и восемь информационных пунктов, которые предлагают, помимо прочих услуг, возможность продолжения матерями-подростками своего обучения. Среди девочек, охваченных этой программой, доля повторных беременностей ниже, чем у матерей-подростков, не участвующих в программе Центра, и все больше девочек продолжают свое обучение, в том числе сдают экзамены и возвращаются в систему формального образования.

Охват девочек в возрасте от 10 до 14 лет

Ряд инициатив обеспечивает или предусматривает охват девочек-подростков в возрасте 14 лет и младше, у которых потребности, обстоятельства и уязвимости весьма сильно отли-

чаются от наблюдающихся у подростков более старшего возраста. Более успешные мероприятия предусматривают пропаганду гендерного равенства, помогают удержать девочек в школе или способствуют сокращению масштабов нищеты и ослаблению экономических факторов, подталкивающих наиболее неблагополучные слои общества к детским бракам (Blum et al., 2013).

В качестве примеров более успешных инициатив можно назвать уже упоминавшиеся выше программу развития жизненно необходимых навыков в Махараштре, Индия, программу «Берхан Хеван» в Эфиопии и программу открытых возможностей в Гватемале.

Еще одной успешной инициативой является проект ФАМ в Руанде — программа интерактивной подготовки, ориентированная на 10–14-летних подростков, в которой рассматриваются такие вопросы, как половое созревание, фертильность, гендерные нормы, общение и половые связи. Этот проект, разработанный Институтом репродуктивного здоровья и осуществляемый в Руанде совместно с «Catholic Relief Services», обеспечил повышение уровня знаний и качество обсуждения родителями со своими детьми вопросов половой жизни и гендерных функций.

В рамках осуществляемой в Непале программы «Обучение выбору», разработанной Международным союзом помощи детям, детские клубы просвещают очень юных подростков в вопросах гендерного равенства и распространяют информацию о таких проблемах, как дискриминация и гендерное насилие.

Однако во многих странах этой возрастной группе уделяется мало внимания, если не считать попыток удержать их в школе. Национальные руководители, возможно, предполагают, что подростки в возрасте 10–14 лет находятся под защитой родителей или опекунов, и в силу этого разрабатывают программы, успех которых зависит от участия родителей. Однако для некоторых юных подростков родители могут не играть никакой роли в жизни.

Вовлечение мальчиков и мужчин

Позиции по гендерным вопросам, высказываемые мужчинами и мальчиками, оказывают непосредственное влияние на здоровье и благополучие женщин и девочек.

Поощрение гендерного равенства путем расширения возможностей женщин и вовлечения мужчин имеет определяющее значение для достижения ряда целей в области развития, таких как сокращение масштабов нищеты и улучшение сексуального и репродуктивного здоровья. Характер отношений мужчин и мальчиков с женщинами и девочками может способствовать или препятствовать достижению этих целей (UNFPA, 2013b).

Анализ действий по вовлечению мужчин и мальчиков в устранение проявлений гендерного неравенства в области здравоохранения показал, что хорошо разработанные программы с участием мужчин и мальчиков могут привести к изменению отношения и поведения в таких областях, как сексуальное и репродуктивное здоровье, здоровье матери и новорожденного, профилактика ВИЧ и гендерная социализация (World Health Organization, 2007). Наиболее эффективными с точки зрения изменения поведения оказываются комплексные программы, особенно сочетающие охват общин, мобилизацию и проведение кампаний в средствах массовой информации с групповым образованием (UNFPA, 2013b).

Вовлечение молодых мужчин представляется особенно хорошей инвестицией, поскольку они быстрее реагируют на получение информации о здоровье и возможности изменить свои взгляды на гендерные отношения. Как показывают исследования, нездоровые взгляды на сексуальные контакты, в том числе отношение к женщинам как к сексуальным объектам, отношение к сексуальной жизни как к соревнованиям и применение давления или силы для принуждения к половой связи, закладываются в подростковом возрасте. На положении девочек и женщин отрицательно сказываются различные формы гендерной дискриминации, однако рискованное

поведение мужчин, включая уличное насилие и небезопасные половые связи, определяется распространенным среди юношей и мальчиков-подростков представлением о мужественности (UNFPA, 2013b). Расширение имеющихся у мальчиков и юношей возможностей принять участие в деятельности по достижению гендерного равенства скажется не только на женщинах и девочках, но и на их собственной жизни. Они с большей вероятностью вырастут в будущем в мужчин, которые в жизни руководствуются принципами гендерного равенства.

При поддержке ЮНФПА Никарагуа приступила к осуществлению инициативы «*Que Tuani No Ser Machista*», направленной на предотвращение сексуального насилия и предупреждение

беременности посредством «гендеропреобразующего подхода». Гендеропреобразующие программы оспаривают и преобразуют жесткие гендерные нормы и отношения и в целом предполагают не просто работу с отдельными участниками, а и рассмотрение межличностных, социокультурных, структурных и общинных факторов, влияющих на отношения и поведение в гендерных вопросах (Promundo, 2010).

Никарагуанская инициатива, осуществляемая путем группового обучения и проведения информационно-популяризаторских кампаний, заставила мальчиков в возрасте от 10 до 15 лет в 43 общинах задуматься над тем, что означает понятие «мачо» и почему, и побудила их усомниться в правильности гендерных норм

ЯМАЙКА ПРЕДЛАГАЕТ МОДЕЛЬ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ МОЛОДЫМ МАТЕРЯМ

«Беременность в столь юном возрасте стала ужасным опытом. Когда я узнала о том, что беременна, я не знала, что делать», — говорит 17-летняя Жозель, вспоминая об эмоциях, обуревавших ее во время беременности в подростковом возрасте.

«Я должна была пойти в последний класс. Я готовилась к выпускному и надеялась, что родители будут гордиться мной, — вспоминает она. — Мне было так страшно, стыдно и обидно от того, что ничего из того, к чему я стремилась, не произойдет».

Жозель оказалась одной из двух девочек, согласившихся открыто рассказать о своем опыте первой леди Буркина-Фасо Шанталь Компаоре и сопровождающим ее лицам, которые прибыли в Кингстон, Ямайка, чтобы ознакомиться со стратегиями правительства по решению проблемы подростковой беременности в стране.

Программа для матерей-подростков, организованная Женским центром Фонда Ямайки, в которой участвует Жозель, занимает центральное место в этих стратегиях, признана ЮНФПА «передовой практикой» и служит образцом для других стран, пытающихся справиться с проблемой подростковой беременности.

Жозель сравнила психологическую помощь, которую ей оказали эта организация и консультанты, заботившиеся о ней в этот трудный период, с помощью «пожарников, спасших меня из горящего дома, в котором я оказалась».

Достижение результатов

С 1978 года осуществляемая на Ямайке Программа для матерей-подростков непрерывно оказывает матерям младше 17 лет услуги по

обучению, консультированию и развитию практических навыков. В рамках этой программы они могут продолжить свое образование в ближайшем женском центре в течение как минимум одного семестра, а затем после рождения ребенка вернуться в систему формального школьного обучения. В рамках Фонда действует семь главных центров и девять информационных пунктов и в 2011/12 учебном году возможностью продолжить обучение воспользовались 1402 матери-подростка, более половины из которых впоследствии успешно вернулись в систему формального школьного обучения. Центр также предлагает целый ряд других услуг, таких как дневной уход за детьми и консультирование без предварительной записи для женщин и мужчин всех возрастов. Это включает консультирование молодых отцов, их родителей и родителей матерей-подростков.

Постановка во главу угла планирования семьи

Планирование семьи является неотъемлемой частью программы консультирования, которую предлагают все отделения Женского центра Ямайки, и ЮНФПА на протяжении целого ряда лет сотрудничает с этой организацией, пытаясь помочь снизить риск нежелательных повторных беременностей у матерей, обращающихся за консультациями.

С ведома и согласия родителей юным матерям предоставляется информация о сексуальном и репродуктивном здоровье и предлагается выбрать метод контрацепции, который поможет им отсрочить вторую беременность и даст им возможность завершить

и стереотипов. В ходе группового обучения использовались упражнения, побуждающие мальчиков выражать свои чувства, и в частности попытаться ответить на вопрос, что значит быть юношей. По оценкам, на первом этапе (2009–2010 годы) в программе приняли участие 3000 подростков, а на втором этапе (2010–2011 годы) — до 20 000.

Вовлечение мальчиков при помощи средств массовой информации и инновационных технологий

По миру в целом кампании в средствах массовой информации демонстрируют определенную эффективность в решении проблем сексуального и репродуктивного здоровья (включая

профилактику и лечение ВИЧ, уход за больными и оказание помощи), гендерного насилия, отцовства и охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка. Как правило, эффективные кампании не ограничиваются простым распространением информации, а побуждают мальчиков и мужчин участвовать в обсуждении конкретных вопросов, таких как насилие в отношении женщин. Некоторые эффективные кампании также распространяют информацию о стиле жизни, основанном на гендерном равенстве, рекламируя или пропагандируя тем самым определенные виды мужского поведения. Как представляется, сами по себе кампании в средствах массовой информации приводят к ограниченному *изменению* поведения, однако вызы-

свое образование. При поддержке ЮНФПА Женский центр только за 2008–2011 годы распространил более 10 000 мужских презервативов и 6000 женских презервативов.

За прошедшие годы Центру удалось удержать показатель повторной беременности у матерей-подростков, участвующих в его программе, на уровне ниже 2 процентов. Он также добился больших успехов в оказании учащимся помощи в завершении среднего образования и даже в поступлении в университет.

Назад в школу: успех пропаганды

На Ямайке подростковая беременность сразу же приводит к исключению из школы, так что реинтеграция матерей-подростков в систему формального образования всегда рассматривалась как приоритетная задача.

Недавно предпринимаемые в этой области усилия увенчались грандиозным успехом, когда кабинет министров утвердил в мае 2013 года «Политику реинтеграции матерей-подростков в систему официального образования». Этот прорыв, достигнутый благодаря активным усилиям Женского центра Фонда Ямайки и министерства образования при поддержке ЮНФПА, позволит всем матерям школьного возраста продолжить свое образование после рождения ребенка.

По состоянию на сентябрь 2013 года, когда новая политика вступила в силу, матерям-подросткам уже не грозит опасность того, что им будет отказано в возобновлении школьного обучения. Теперь школы обязаны принимать матерей-подростков в систему формаль-

ного образования после рождения ребенка. Более того, у юных мам будет выбор: пойти в новую школу или вернуться в ту, из которой их исключили.

«Сила ямайской культуры и истории заключается в образовании наших девочек, — говорит министр образования Ямайки Рональд Туэйтс. — Мы хотим, чтобы каждая девочка получала образование вне зависимости от ситуации, в которой она оказалась, даже если она забеременела или имеет ребенка. Мы хотим дать ей шанс подняться, хотим быть уверены в том, что она получит наилучшие возможности. Мы — нация второго шанса».

Инновации ведут к успеху: вовлечение мужчин, ясли

Хотя решение проблем, с которыми сталкиваются юные матери, — это главный приоритет, вовлечение мужчин и предоставление им информации и консультационной помощи также является одним из центральных элементов успешной стратегии Женского центра.

В рамках постоянно предлагаемых Центром услуг по консультации сверстниками ЮНФПА оказал помощь в подготовке 50 юношей в районах Ямайки Кларендон и Манчестер. В рамках различных мероприятий они помогают своим сверстникам лучше разобраться в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, профилактику ВИЧ и услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Юноши посещают центры или информационные пункты возле своего дома и отчитываются перед своими руководителями по информационной работе о результатах своей работы.

МКНР И РОЛЬ МУЖЧИН

В Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию содержится обращенный к лидерам призыв «... выступать за всестороннее участие мужчин в жизни семьи и за полное вовлечение женщин в общественную жизнь», обеспечивая, чтобы «мужчины и женщины являлись равными партнерами» (пункты 4.24, 4.29). В ней отмечается, что «[н]еобходимо предпринимать особые усилия для пропаганды идеи об общей ответственности женщин и мужчин и поощрения активной роли мужчин в ответственном выполнении родительских обязанностей, сексуальном и репродуктивном поведении, включая планирование семьи; охрану здоровья матери в дородовой и послеродовой периоды и охрану здоровья детей; профилактику передаваемых половым путем заболеваний, включая ВИЧ; [и] предупреждения нежелательных и связанных с большим риском беременностей (пункт 4.27)

вают существенные изменения в поведенческих намерениях (Bard et al., 2007).

ЮНФПА способствовал разработке электронной футбольной игры «*Breakaway*», цель которой состоит в информировании мальчиков в возрасте от восьми до 16 лет о насилии в отношении девочек и женщин. В этой игре игрок оказывается в ситуациях, взятых из реальной жизни, которые перекликаются с жизненным опытом этого мальчика или юноши, таких как давление со стороны сверстников, конкуренция, взаимодействие, сотрудничество, травля и негативные гендерные стереотипы. Игра ставит участников перед выбором, заставляя принимать решения, ощущать последствия, размышлять и апробировать различные виды поведения с учетом хода игры и лежащей в ее основе истории. В ходе интерактивного футбольного матча игроки узнают о том, что вещи не всегда оказываются такими, как кажется на первый взгляд, и что их выбор и действия будут сказываться на жизни всех окружающих их людей. Эта игра, впервые выпущенная и распространявшаяся на местных рынках в Африке в связи с проведением Кубка мира ФИФА в июне 2010 года, теперь распространяется на английском, испанском, португальском и французском языках через Интернет во всем мире. Ряд страновых

отделений ЮНФПА и их партнеров поддерживают использование этого инструмента в рамках своей информационно-популяризаторской деятельности.

Заключение

Многие действия правительств, гражданского общества и международных организаций, помогающие девочкам предохраняться от беременности, изначально не преследовали такой цели. Документально подтверждено, что комплексные мероприятия, направленные на развитие человеческого капитала девочек, предусматривающие развитие их способности самостоятельно принимать решения в отношении своего репродуктивного здоровья и половой жизни и поощряющие гендерное равенство и уважение прав человека, способствуют предупреждению беременности.

В отношении большинства программ, описанных в настоящей главе, была проведена оценка, в ходе которой выяснилось, что они так или иначе эффективно способствуют безопасному и здоровому переходу девочек от подросткового возраста к взрослой жизни. Некоторые категории мероприятий — такие как организация комплексного полового воспитания — также были признаны по результатам общей оценки эффективным средством повышения уровня знаний в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья, включая контрацепцию, изменения поведения мальчиков и девочек или расширения масштабов применения противозачаточных средств.

Вместе с тем существует множество инновационных инициатив, не упомянутых в настоящей главе, которые направлены на сокращение числа детских браков, удержание девочек в школе, изменение отношения к распределению гендерных функций и гендерному равенству и расширение доступа подростков к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая контрацепцию, которые *еще не* прошли оценки, однако заслуживают дальнейшего изучения для определения их эффек-

тивности с точки зрения улучшения жизни девочек.

Из опыта стран, описанного в настоящей главе, можно извлечь два важных урока: инвестиции в девочек расширяют их возможности в самых разных областях, в том числе позволяют им избежать беременности; и разрушение барьеров на пути реализации девочками своих прав и устранение первопричин подростковой беременности могут изменить жизнь и будущее девочек в лучшую сторону.

Девочки, находящиеся в наиболее уязвимом положении, в том числе живущие в крайней нищете, относящиеся к этническим меньшинствам или коренному населению, а также очень юные подростки, насильно выданные замуж, нуждаются в дополнительной поддержке, однако зачастую не охватываются программами развития или охраны сексуального и репродуктивного здоровья. В большинстве случаев данных и информации о положении этих девочек крайне мало или вообще нет, и мало что известно об их уязвимости и проблемах, с которыми они сталкиваются, так что неудивительно, что мало какие правительства или организации гражданского общества располагают разработанными стратегиями, программами или законами, которые могли бы защитить их или расширить их возможности.

Число правительств, инвестирующих в подростков таким образом, чтобы дать им возможность избежать беременности, растет, однако не все они вкладывают средства в системы и услуги, которые обеспечивают оказание помощи забеременевшим или родившим девочкам и которые могут помочь им защитить свое здоровье и здоровье своих детей и полностью раскрыть свой потенциал в жизни.

НАВСТРЕЧУ НОВОМУ НАЧАЛУ НА ФИЛИППИНАХ

До того как Гея забеременела в 17 лет, она считала себя типичной девочкой-подростком, обожающей проводить время с подругами и своим парнем вопреки воле родителей, которые считали, что она должна сидеть дома, заниматься учебой и закончить школу.

По ее словам, хотя ее беременность и оказалась неожиданной, она была обрадована и счастлива, узнав, что вскоре у нее будет ребенок, как у некоторых из ее подруг. Ее парень тоже был счастлив, однако поскольку он не работал и зависел от родителей, он мало чем мог ей помочь.

Однажды Гея пришла в медицинский центр в Баго на медосмотр. Один из сотрудников центра знал Гею и сообщил ее матери, которая разъярилась, узнав, что ее дочь беременна, но все-таки пообещала помогать ей и регулярно возила в клинику на дороговой уход.

Во время беременности Гея продолжала учиться, но после рождения ребенка бросила школу.

Спустя несколько месяцев она со своими родителями и младшим братом получила приглашение принять участие в семинаре, в ходе которого родителям и членам семьи должны были рассказать о здоровье и развитии подростков, дать им знания и навыки, позволяющие понять проблемы, с которыми сталкиваются матери-подростки, и помочь им справляться со стрессами. Этот семинар был организован Молодежным центром «ACCESS» им. Саласа, созданным мэрией Баго через городской офис народонаселения в партнерстве с Фондом Рафаэля Саласа и при финансовой поддержке отделения ЮНФПА на Филиппинах.

Центр «ACCESS» укомплектован прошедшими специальную подготовку молодыми консультантами, которые работают со своими сверстниками, и призван удовлетворять потребности молодых людей, как посещающих, так и не посещающих школу.

Гея заявила, что после подготовки ее родители стали лучше понимать ее ситуацию и начали оказывать ей больше помощи и поддержки. По ее словам, улучшились и отношения с родителями.

Помощь родителей и «ACCESS» позволила ей вернуться в школу. «ACCESS» также выдал ей противозачаточные средства, которые должны помочь ей отсрочить следующую беременность до тех пор, пока она не завершит образование, что, как она считает, поможет ей получить хорошую работу и зарабатывать достаточно денег, чтобы содержать семью.

— Энджи Танонг, Комиссия по народонаселению





5

Прокладывая путь вперед

Подростки определяют настоящее и будущее человечества. В зависимости от предоставляемых им в этот период жизни возможностей и выбора они могут вступить во взрослую жизнь как развитые и активные граждане или оказаться позабытыми, бесправными и погрязшими в нищете.

© Марк Тушман/организация «Обучить девочек Индии»

Подростки определяют настоящее и будущее человечества. В зависимости от предоставляемых им в этот период жизни возможностей и выбора они могут вступить во взрослую жизнь как развитые и активные граждане или оказаться позабытыми, бесправными и погрязшими в нищете.

Ежегодно в развивающихся и — в меньшей степени — в развитых странах миллионы девочек становятся беременными. Влияние, которое беременность оказывает на их здоровье, экономические перспективы, права и будущее, равно как и последствия для их детей, семей и общин неоспоримы.

Большинство стран принимают меры, направленные на *предупреждение* подростковой беременности, и реже на оказание помощи забеременевшим девочкам. Однако многие из принятых на сегодняшний день мер направлены главным образом на изменение поведения

девочки, но не предусматривают устранения основополагающих факторов и движущих сил, включая гендерное неравенство, нищету, сексуальное насилие и принуждение, детские браки, лишение возможностей получения образования и трудоустройства и негативное отношение и стереотипы в отношении девочек-подростков, и игнорируют роль мальчиков и мужчин.

В 1994 году 179 правительств, представленных на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), признали, что важными факторами, обуславливающими широкое распространение беременности в подростковом возрасте, являются ограниченные возможности в плане получения образования и занятия экономической деятельностью и сексуальная эксплуатация. «Как в развитых, так и в развивающихся странах подростки, сталкиваясь с отсутствием в своей жизни реальных возможностей выбора, не проявляют большого интереса к тому, как избежать беременности и рождения ребенка». Однако они также признали, что до сих пор службы охраны репродуктивного здоровья «практически не уделяли внимания» потребностям подростков как группы в области охраны репродуктивного здоровья, и призвали правительства обеспечить доступ к информации и услугам, чтобы помочь оградить девочек и молодых женщин от нежелательных беременностей и научить молодых людей уважать «право женщин самим определять свою судьбу». Правительства также подчеркнули в Программе действий МКНР необходимость принятия мер по поощрению гендерного равноправия и равенства.

Проблемы, с которыми девочки сталкивались в 1994 году, сохраняются и сегодня и усугубляются новым давлением, обусловленным распространением средств массовой информации и социальных сетей, которые иногда популяризируют подростковую беременность и усиливают негативное отношение к девочкам и женщинам. Программа действий МКНР указывает, в каком направлении следует действовать,

▼ Беременные подростки в ожидании дородового осмотра в предназначенном для молодежи медицинском центре Тан Уксил в Петене, Гватемала.

© Марк Тушман/Всемирная федерация планируемого родительства



чтобы помочь девочкам справиться с уже существующими и новыми проблемами.

Однако не все девочки-подростки сталкиваются с одними и теми же проблемами. Хотя объем данных об определяющих факторах беременности и их воздействии на положение девочек в возрасте 15 лет и старше постоянно растет, в отношении беременности девочек в возрасте 14 лет или младше исследований практически не проводится. Вместе с тем, судя по тому, что нам известно, беременность оказывает на очень юных девочек-подростков сильное влияние. В большинстве стран сегодня осуществляются меры по предупреждению беременности у подростков более старшего возраста. Однако лишь немногие страны прилагают осознанные усилия для охвата очень юных подростков, которые, как правило, игнорируются национальными руководителями и программами развития во всем мире. Настоятельно необходимо добиться более глубокого понимания проблем, с которыми сталкиваются девочки в возрасте от 10 до 14 лет, и вопрос предупреждения беременности и оказания помощи очень юным матерям-подросткам должен стать приоритетным в сформулированной правительствами, институтами, занимающимися вопросами развития, и гражданским обществом программе работы по охране сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав. Именно эта группа испытывает наибольшую нужду, и препятствия, с которыми она сталкивается, до сих пор являются непреодолимыми.

1 Охватить девочек в возрасте от 10 до 14 лет

Как можно скорее принять превентивные меры

Национальные руководители зачастую игнорируют потребности, уязвимость и проблемы очень юных подростков — в возрасте от 10 до 14 лет. Однако для обеспечения безопасного и здорового перехода девочек от начала подросткового возраста к взрослой жизни необходимо принять меры на этом важнейшем этапе

«Мой дядя спал со мной. Я больше не хожу в школу. В школу не пускают беременных девочек».

Афуэ, 13 лет, Кот-д'Ивуар

их развития, характеризующемся глубокими физическими, когнитивными и социальными изменениями в период полового созревания.

Правительства, общины и гражданское общество должны воспользоваться возможностями, открывающимися на этом этапе формирования личности, чтобы заложить основу сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав девочек и гарантировать им возможность пользоваться в долгосрочной перспективе всеми правами человека. Стратегическое планирование превентивных мероприятий, включая охват адаптированным к их возрасту комплексным половым воспитанием и мерами, позволяющими девочкам продолжать обучение и оставаться в школе, открывает возможности для достижения позитивных результатов, прежде чем условия жизни юных подростков окончательно определятся.

Привлечь внимание к девочкам, традиционно игнорируемым национальными руководителями

Выработке эффективной политики во многих странах мешает нехватка данных и информации о положении очень юных подростков. Исследователи и руководители должны совместными усилиями восполнить этот пробел в данных, с тем чтобы покончить с игнорированием очень юных подростков соответствующими службами или лишением их доступа к соответствующим услугам и гарантировать защиту их прав.

В национальные переписи и будущие обследования домохозяйств следует включить базо-

вый набор вопросов о детях в возрасте от 10 до 14 лет. В частности, следует узнавать, живы ли их биологические родители и проживают ли они в семье, состоят ли подростки в браке или уже сами являются родителями, какое образование они получили и продолжают ли они учиться в школе, а также имеют ли они постоянную или временную работу вне дома. В тех случаях, когда такие данные имеются, они должны находиться в свободном доступе и анализироваться отдельно от данных о более взрослых девочках-подростках.

В то же время данные о более юных и более взрослых девочках-подростках должны объединяться для выявления и отслеживания траектории перехода от детства через подростковый возраст к взрослой жизни. Такой анализ позволяет выявить чрезвычайно важные моменты в жизни девочек, которым предшествуют важнейшие возможности для инвестиций. Такие данные и анализ в случае их получения заинтересованными сторонами могут лечь в основу разработки стратегических и программных приоритетов, обеспечивать должным образом взвешенное распределение

ресурсов, влиять на характер программ и даже использоваться в качестве популяризаторского инструмента на уровне общин для обеспечения уделяния должного внимания как более юным, так и более взрослым подросткам.

Программы должны обеспечивать соответствие потребностей фактическому охвату путем сбора простых, но высококачественных данных мониторинга, с тем чтобы можно было охватить надлежащими ресурсами и мерами девочек-подростков в возрасте от 10 до 14 лет, подвергающихся наибольшему риску бросить школу, вступить в детский брак, подвергнуться сексуальному насилию и принуждению или столкнуться с ранней и нежелательной беременностью.

Анализ того, что более юные (и более взрослые) мальчики и девочки-подростки должны (и хотят) знать о последовательности событий в их жизни и о культуре, частью которой они являются, и когда они должны это узнать, помог бы определить содержание мероприятий в различных общинах и адаптировать их к конкретному возрасту (World Health Organization, 2011b).

2 Осуществлять стратегические инвестиции в образование девочек-подростков

Предварительные выводы по итогам проведения нового глобального обзора достижений стран в выполнении Программы действий МКНР показывают, что повышение показателей грамотности у девочек в возрасте от 15 до 19 лет связано со значительным снижением показателей подростковой рождаемости (UNFPA, 2013e). Обучение всех детей — это право само по себе, которое к тому же повышает их способность участвовать в социальной, экономической и политической жизни их общин. Когда девочка продолжает ходить в школу и получать образование, особенно в подростковые годы, она чаще избегает детских браков и позднее начинает деторождение. Из 176 стран и семи территорий, включенных в обсле-

«Мы были влюблены, мы думали, что это продлится вечно, мы хотели ребенка... Когда мы поняли, что беременны, мы испугались... никогда не знаешь, с чем столкнешься или чего ждать... Моя учеба в школе была прервана... Я кормила ребенка, поглядывала в окно на своих одноклассников и думала о том, что я могла бы так же ходить в школу».

Дуня, 34 года, забеременела в 17, Коста-Рика

дование, 82 процента заявили о своей приверженности обеспечить девочкам равный доступ к образованию на всех уровнях, а примерно 81 процент заявил о своей приверженности удерживать больше девочек и подростков в средней школе. Несмотря на столь распространенную приверженность достижению цели образования, необходимо сделать гораздо больше для охвата всех девочек. В ходе обследования также обнаружилось, что в группах с более высоким уровнем доходов показатели подростковой рождаемости ниже, однако во всех группах по доходу более высокий уровень грамотности молодых женщин коррелируется со значительно более низкими показателями подростковой рождаемости. Инвестиции в образование девочек также связаны с общим расширением возможностей девочек, повышением их статуса в общинах, улучшением состояния их здоровья и укреплением их позиций в браке.

К числу конкретных мер, облегчающих для девочек поступление в школу и продолжение школьного обучения, относятся: отмена платы за школьное обучение; выдача бесплатной формы, учебников и материалов; бесплатное питание; предоставление стипендий девочкам из малообеспеченных семей; использование обусловленных денежных выплат для того, чтобы удерживать девочек в школе, заставить их продолжить школьное обучение и добиваться больших успехов в учебе; набирать и удерживать в школе учительниц; и обеспечивать безопасные условия для девочек в классе и по пути в школу и домой. Важными факторами, определяющими, будут ли девочки продолжать обучение в школе, являются также качество образования и отношение к девочкам со стороны одноклассников, учителей и работников школы. Кроме того, удержанию девочек в школе могло бы также способствовать обеспечение более глубокого понимания родителями и членами семьи долгосрочных выгод от обучения девочек.

Во многих странах забеременевших девочек исключают из школы и не разрешают им вернуться к учебе после рождения ребенка,

что подрывает их будущее и лишает их одного из основополагающих прав человека. В ходе глобального обследования выполнения странами положений МКНР было обнаружено, что около 40 процентов стран полны решимости облегчить завершение беременными девочками полного курса школьного обучения. Для того чтобы дать девочкам возможность закончить обучение, необходимо разработать и промульгировать политику, разрешающую девочкам возобновлять школьное обучение по окончании беременности или родов, и обеспечить ее соблюдение, организовать уход за детьми, обеспечить финансовую поддержку и консультирование молодых матерей или разработать альтернативную систему образования и развития практических навыков для девочек, которые не возвращаются в систему формального образования. Такие стратегии также уменьшают число повторных беременностей и улучшают перспективы жизни юной матери и ее ребенка.

3 Взять на вооружение подходы, основанные на правах человека, и выполнять международные обязательства в области прав человека

Меры, построенные на уважении прав человека, могут устранять препятствия на пути реализации девочками своих прав на образование, здоровье, безопасность и прав на свободу от насилия, дискриминации и нищеты. Такие подходы могут способствовать устранению правил, запрещающих многим из первопричин подростковой беременности, включая хроническое гендерное неравенство, неравноправный доступ к услугам и возможностям и детские браки. Они также могут способствовать трансформации социальных и экономических сил, действующих вопреки интересам девочки-подростка, в еще более мощные силы, благоприятствующие ее развитию, здоровью, самостоятельности, благополучию и расширению возможностей.

Принятие на вооружение правозащитных подходов также подразумевает выполнение

государствами как ответственными субъектами своих обязательств, закрепленных в правозащитных инструментах, таких как Конвенция о правах ребенка и Всеобщая декларация прав человека. Таким образом, государства несут ответственность перед своими гражданами — обладателями прав — за обеспечение закрепления в национальных законах и стратегиях возможности для каждого пользоваться всеми своими правами человека и за соблюдение стандартов в области прав человека, включая, в частности, признание и применение стандарта «развивающихся способностей ребенка» в отношении доступа к информации и услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Сами подростки должны участвовать в разработке законов и стратегий, затрагивающих их сексуальное и репродуктивное здоровье, и контроле над их соблюдением.

Сами по себе механизмы отчетности о случаях нарушения репродуктивных прав, расследования таких нарушений и обращения с соответствующими исками вряд ли смогут многого добиться, если подростки не в состоянии получить к ним доступ или даже не знают об их существовании. Поэтому чрезвычайно важно разработать эффективные и быстро реагирующие системы подотчетности и информировать о них все заинтересованные стороны. Кроме того, сбор и анализ данных о подростковой беременности, разукрупненных по возрастному признаку и уровню дохода, может помочь обеспечить, чтобы законы и стратегии предусматривали надлежащее удовлетворение потребностей всех слоев населения, особенно маргинализированных подростков, и имеющегося у них неудовлетворенного спроса на услуги. Особенно мало данных по девочкам в возрасте от 10 до 14 лет, притом что эти показатели особенно важны, поскольку могут позволить получить представление об уникальных потребностях, факторах уязвимости и проблемах этой зачастую игнорируемой группы.

В ходе МКНР правительства всех стран мира признали особые потребности подростков и

молодежи и уникальные барьеры, с которыми они сталкиваются в попытках получить доступ к качественной информации и услугам в сфере репродуктивного здоровья. Участвовавшие правительства договорились устранить нормативные, правовые и социальные барьеры, ограничивающие доступ подростков к услугам. Они также договорились о том, что медицинские службы должны гарантировать права подростков на тайну личной жизни и конфиденциальность, руководствуясь стандартом развития способностей при самостоятельном принятии решений.

4 Обеспечить доступ подростков к комплексному половому воспитанию, услугам и охране материнского здоровья

Расширять доступ к комплексному половому воспитанию

Комплексное половое воспитание, адаптированное с учетом возраста учащихся, позволяет довести до сведения подростков жизненно важную информацию о предупреждении беременности и заболеваниях, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, и может способствовать обеспечению гендерного равенства. Как показало глобальное обследование выполнения положений МКНР, около 76 процентов стран привержены идее полового воспитания, адаптированного к возрасту участников, около 70 процентов полны решимости пересмотреть учебные программы для более полной интеграции в них гендерной проблематики, а 69 процентов поддерживают развитие у молодых людей жизненно необходимых навыков в рамках формального образования. Расширение доступа к комплексному половому воспитанию, адаптированному с учетом возраста учащихся, — с тем чтобы оно охватывало как мальчиков, так и девочек-подростков независимо от того, посещают ли они школу, в том числе представителей коренных народов и этнических меньшинств — способствовало бы улучшению здоровья



© Марк Тушман/ЮНФПА

девочек и мальчиков, установлению равноправных гендерных отношений, предупреждению беременности и, в свою очередь, помогло бы девочкам продолжать школьное обучение и полностью раскрыть свой потенциал.

Укреплять гендерное равенство и правозащитные аспекты учебной программы

Исследование показывает, что наибольшее воздействие на снижение показателей подростковой беременности и распространенности заболеваний, передаваемых половым путем, оказывают комплексные программы полового воспитания, в которых затрагиваются гендерная проблематика и баланс сил в семейных отношениях (Haberland and Rogow, 2013). Результаты исследований показывают, что молодые люди, которые убеждены в равноправии полов, ведут более здоровую половую жизнь, чем их

сверстники (International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 2011).

Таким образом, комплексное половое воспитание должно предусматривать конструктивное обсуждение гендерных вопросов и вопросов прав. Молодые люди, которые придерживаются более эгалитарных по сравнению со своими сверстниками взглядов на распределение функций между мужчинами и женщинами, с большей вероятностью откладывают начало активной половой жизни, пользуются презервативами и практикуют предохранение от беременности; среди них ниже уровень инфицирования заболеваниями, передаваемыми половым путем, и меньше число случаев нежелательной беременности (Dupas, 2011).

Помимо этого, половое воспитание с большей вероятностью оказывается эффективным средством защиты здоровья подростков и предупреждения беременности, если оно адап-

тировано с учетом возраста учащихся, носит комплексный характер, построено на конкретных фактах и основано на ключевых ценностях и правах человека, учете гендерной проблематики, способствует повышению успеваемости и развитию критического мышления, стимулирует участие в общественной жизни и отвечает требованиям культуры.

Однако положение дел в области охвата маргинализированных подростков, в том числе подростков, живущих в крайней нищете, и замужних девочек, по-прежнему остается удручающим. Крайне мало программ охватывает эти группы, особенно подростков, не посещающих школу. Поэтому чрезвычайно важно разработать программы охвата подростков, не посещающих школу.

Обеспечивать, укреплять и расширять доступ к медицинским услугам, которыми пользовались бы подростки

Девочки нуждаются в целом ряде мер поддержки, программ и услуг, включая услуги в сфере здравоохранения. Однако во многих районах услуги, адаптированные к конкретным нуждам подростков, ограничены, хотя 78 процентов стран, охваченных обследованием, и указали, что они готовы расширять доступ подростков — состоящих или не состоящих в браке — ко всему комплексу услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья (UNFPA, 2013e). Даже в тех случаях, когда предназначенные для подростков услуги предоставляются, подростки могут не иметь к ним доступа по таким, в частности, причинам, как неудобное месторасположение или неподходящие часы работы поставщика услуг, стоимость услуг или осуждение, с которым они могут сталкиваться в своих общинах. Кроме того, подростки не будут пользоваться этими услугами, если столкнутся с плохим отношением со стороны поставщиков.

Национальные руководители, преисполненные решимости расширять доступ подростков к таким услугам и масштабы их использова-

ния, должны обеспечить подготовку поставщиков услуг к работе с молодежью, уважение конфиденциальности и распространение полной, основанной на фактических данных и достоверной информации. Предназначенные для подростков услуги должны также предусматривать возможность недорогого или бесплатного получения противозачаточных средств, включая мужские и женские презервативы, средства экстренной контрацепции и весь комплекс современных методов, в том числе отличающихся длительным действием обратимых методов, соответствующих предпочтениям и нуждам подростков.

Повышение качества обслуживания должно сочетаться с активной мобилизацией общин и целенаправленными действиями по распространению информации, чтобы молодые люди знали о том, какие услуги им предлагаются и как они могут их получить. Использование талонов может помочь обездоленным подросткам получить доступ к услугам, которыми они в противном случае не могли бы воспользоваться из-за их стоимости. Необходимо также развернуть информационно-популяризаторскую работу в общинах для повышения уровня осведомленности, мобилизации поддержки усилий по предоставлению услуг подросткам и снижения градуса осуждения, которому нередко подвергаются люди, обращающиеся за противозачаточными средствами или ведущими активную половую жизнь до достижения определенного возраста или вне брака.

Чрезвычайно важно понять, что в силу разнообразия потребностей молодых людей и условий, в которых они живут, универсальных решений не существует. Одни могут предпочесть пользоваться услугами по таким каналам, как медицинские учреждения, другие же могут предпочесть получать такие услуги в школах или аптеках или из других источников в своей общине. Главное — обеспечить соблюдение общих стандартов высокого качества и конфиденциальности вне зависимости от канала и в то же время стремиться интегрировать,

осуществлять и постоянно контролировать комплект важнейших услуг для подростков, предоставляемый в рамках существующего медицинского обслуживания, с тем чтобы содействовать устойчивости их предложения.

Кроме того, необходимо приложить особые усилия по выявлению и целенаправленному охвату наиболее уязвимых девочек-подростков, подвергающихся риску ранней беременности и другим неблагоприятным последствиям для сексуального и репродуктивного здоровья. Поскольку замужние девочки испытывают весьма значительные неудовлетворенные потребности в противозачаточных средствах по сравнению с другими возрастными группами, их целенаправленный охват в рамках существующих мероприятий в области планирования семьи и обеспечения противозачаточными средствами позволил бы добиться значительного прогресса в реализации их прав, обеспечении равенства и улучшении состояния здоровья и повысить эффективность в рамках систем.

Когда услуги в сфере охраны здоровья отличаются хорошим качеством, доступны по цене и предоставляются с учетом уникальной ситуации каждого подростка, подкрепляются поддержкой на уровне общин, распространением информации и инновационными механизмами направления к врачам-специалистам, молодежь будет пользоваться ими.

В то же время необходимо принять меры по изменению отношения мужчин к сексуальному и репродуктивному здоровью и репродуктивным правам девочек. Во многих случаях партнеры-мужчины ограничивают доступ девочек к услугам или отказываются пользоваться противозачаточными средствами, в других же случаях доступ мужчин к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья ограничивается, что лишь укрепляет ошибочное убеждение в том, что вопросы репродуктивного здоровья относятся исключительно к компетенции женщин.

В разработанной ЮНФПА Стратегии в отношении подростков и молодежи приоритетное

«Я пошла на аборт, но с меня потребовали 15 000 дирхамов [около 1800 долл. США], а у меня таких денег не было... Я обратилась за помощью к родителям, но мне отказали. Когда беременность было уже не скрыть, они выгнали меня из дому, и я ничего не могла сделать».
18-летняя девочка, Марокко

внимание уделяется мерам по повышению качества услуг в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе предназначенных для ВИЧ-инфицированных, предоставляемых подросткам и молодежи. К их числу относятся содействие информационно-популяризаторской деятельности по устранению юридических и политических барьеров, ограничивающих доступ к медицинским услугам, налаживание партнерских отношений с правительствами, гражданским обществом и молодежью для разработки и укрепления национальных программ, обеспечивающих оказание качественных услуг в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья подросткам, и повышение роли молодежи в руководстве этим процессом и принятии соответствующих решений.

Расширить доступ девочек к дородовому уходу, квалифицированному родовспоможению и услугам, предлагаемым после аборта, и масштабы пользования такими услугами

Осуждение и экономические, географические и социальные барьеры, которые удерживают девочек от обращения за противозачаточными средствами, могут также удерживать беремен-



© Mark Tuschman/Global Fund for Women

ных девочек от обращения за получением услуг, которые могут защитить их здоровье и здоровье их новорожденных детей.

Обеспечение наличия, справедливого предложения и финансовой доступности качественных услуг по дородовому уходу, родовспоможению и послеродовому уходу может снизить риски для здоровья подростков и их детей. Поэтому поставщики услуг должны увеличить число квалифицированных медицинских работников и их географический охват, с тем чтобы обеспечивать оказание девочкам-подросткам услуг по дородовому уходу, родовспоможению и послеродовому уходу. Особенно большое значение имеет доступ к экстренной акушерской помощи, поскольку она способствовала бы предотвращению материнской смертности и заболеваемости, в том числе образованию акушерских свищей.

На долю девочек-подростков от 15 до 19 лет приходится до 3,2 млн. небезопасных абортов, ежегодно совершаемых в развивающихся странах (Shah and Ahman, 2012). Небезопасные

аборты сопряжены с большим риском травм, болезней и материнской смертности. Поэтому необходимо обеспечить доступ подростков к услугам после абортов. В тех случаях, когда аборты законны, они должны быть безопасны и доступны. Расширение доступа подростков к противозачаточным средствам может помочь не только в предупреждении беременности, но и в предотвращении смерти и увечий в результате осложнений при беременности и родах (UNFPA, 2012a).

Девочки, рождающие детей в подростковом возрасте, подвергаются высокому риску наступления повторной беременности вскоре после первой. Поставщики услуг могли бы оказывать помощь в предохранении от повторной беременности или увеличении интервала между беременностями, предлагая девочкам, родившим ребенка или сделавшим аборт, противозачаточные средства. Расширение доступа к обратимым методам контрацепции длительного действия может помочь предохраниться от нежелательной повторной беременности.

5 Предотвращать детские браки, сексуальное насилие и принуждение

Принять законы, запрещающие детские браки, и обеспечить их соблюдение, а также устранить первопричины

Со времени проведения в 1994 году МКНР 158 стран приняли законы, повышающие установленный законом возраст вступления в брак до 18 лет, однако законы, соблюдение которых не обеспечивается, практически не влияют на реальное положение. Сегодня число девочек во всем мире, которые вышли замуж до достижения 18-летнего возраста, оценивается в 67 млн. человек (UNFPA, 2013е). Подавляющее большинство подростковых беременностей в развивающихся странах происходит в браке. Ликвидация детских браков не только способствовала бы защите прав девочек, но и позволила бы добиться значительного прогресса в снижении уровня подростковой беременности.

Цель состоит в том, чтобы добиться полной нетерпимости к детским бракам. Однако до того времени, пока это благое стремление претворится в жизнь, миллионы девочек станут детьми-невестами и матерями. Эти девочки ведут нелегкую жизнь, которая зачастую ускользает от внимания общества, и практически, а то и полностью игнорируются программами социальной защиты. Хотя они по-прежнему остаются *детьми* — по уровню развития, биологически, физически, психологически и эмоционально, — их семейное положение лишает их в глазах общества статуса детей и делает их взрослыми. Поэтому если не принять специально запланированных и осознанных мер, то ни программы, ориентированные на молодежь, ни программы, рассчитанные на взрослых женщин, скорее всего, не будут учитывать уникальных особенностей положения замужних девочек или нужд девочек, подвергающихся опасности детского брака.

Хорошим первым шагом в этом направлении является принятие законов, запрещающих детские браки. Однако если не обеспечить соблюдение этих законов и их поддержку

на уровне общин, то влияние этих законов будет минимальным. Для ликвидации детских браков необходимо объединить целый ряд разнообразных мер в межсекторальную, многоуровневую программу, особенно на уровне общин, чтобы изменить пагубные социальные нормы и обеспечить расширение возможностей девочек. Ключевое значение в этой связи имеет возраст: эти меры, особенно направленные на развитие школьного обучения и наращивание активов девочек, должны быть ориентированы на юных подростков (10–14 лет), еще не достигших или едва достигших половой зрелости, с тем чтобы противостоять давлению на девочек, подталкивающему их к вступлению в брак и деторождению по соображениям социальной и экономической безопасности. Даже за недолгую историю своего осуществления эти программы дали очевидные результаты на уровне общин.

В частности, правительства, гражданское общество, лидеры общин и семьи, действительно стремящиеся покончить с детскими браками, должны рассмотреть возможность:

- оказания девочкам помощи в поступлении в школу и продолжении школьного обучения и изучении навыков, с тем чтобы они могли повышать уровень жизни, лучше общаться, договариваться и принимать решения, непосредственно затрагивающие их жизнь;
- начала осуществления программ для лидеров общин, религиозных лидеров и родителей, с тем чтобы они более активно выступали в

«Когда я оглядываюсь назад... то вспоминаю о том, сколько я хотела достичь, но не смогла».

Джессика, 39 лет (забеременела в подростковом возрасте), США

поддержку прав и образования девочек, более поздних браков и изменения пагубных норм и практики;

- поддержки программам, которые предлагают девочкам альтернативы детскому браку, включая создание безопасных мест для девочек, где они могли бы развивать самостоятельность, преодолевать социальную отчужденность, общаться со сверстниками и наставниками, приобретать важнейшие жизненные навыки и рассматривать возможности выбора жизненного пути, не связанные с детским браком и ранним материнством;
- организации обусловленных денежных выплат для удержания девочек в школе и безусловных денежных выплат для предотвращения детских браков и беременности;
- распространения информации о возможных вариантах жизненного пути, разработки жизненных планов и организации сетей поддержки;
- принятия законов о минимальном возрасте вступления в брак, обеспечения их соблюдения и мобилизации их поддержки в общинах;
- регистрации всех рождений и браков, что могло бы облегчить выявление детских браков, и обеспечения соблюдения существующих законов о регистрации;
- подготовки сотрудников правоохранительных органов в вопросах выявления детских браков и принятия соответствующих мер и привлечения лиц, виновных в нарушении законов, к ответственности.

Защитить девочек от насилия и принуждения

Число девочек по миру в целом, которые становятся беременными в результате сексуального насилия или сексуального принуждения, неизвестно. К тому же беременные девочки подвергаются риску гендерного насилия, обычно совершаемого партнерами-мужчинами или другими их знакомыми. В некоторых местах виновники могут избежать наказания и семейного позора, женившись на своих жертвах.

Однако для прекращения сексуального насилия и сексуального принуждения одного лишь принятия и обеспечения соблюдения законов и наказания виновников, кем бы они ни были, недостаточно. Необходимы также превентивные меры. Как и в случае многих других факторов, определяющих подростковую беременность, долгосрочные решения должны быть комплексными и предусматривать урегулирование основополагающих проблем, таких как гендерное неравенство, негативное отношение мальчиков и мужчин к девочкам, нормы, увековечивающие насилие и безнаказанность, нищета, вынуждающая девочек вступать в половые связи для выживания, и недостаточная защита прав человека.

Однако в краткосрочной перспективе правительства и другие стороны должны рассмотреть следующие меры:

- ознакомление как девочек, так и мальчиков с информацией о сексуальном насилии, гендерном насилии и сексуальном принуждении в рамках предназначенных для молодежи инициатив, в том числе программ развития спорта, обучения жизненным навыкам и обеспечения поддержки сверстников, наставнических организаций, профилактики ВИЧ и репродуктивного здоровья, социальных сетей и дискуссионных групп для мальчиков и мужчин;
- изменение программ полового воспитания или обучения жизненно необходимым навыкам, с тем чтобы они предусматривали более активное обсуждение вопросов насилия, принуждения, прав человека и здоровых и уважительных отношений;
- проведение школьных мероприятий для изменения неправильных представлений и более глубокого осознания прав подростков и вопросов гендерного равенства;
- повышение оперативности реагирования сектора здравоохранения и правоохранительных органов путем углубления знаний, укрепления отношений и улучшения практики поставщиков услуг, включая способность

выявлять случаи насилия и принимать соответствующие меры;

- принятие юридических и политических мер по предупреждению насилия, обеспечению реабилитации и правовой защиты жертв и расследованию, преследованию и наказанию виновных;
- добавление в программы, направленные на расширение экономических возможностей подростков, или в программы по вовлечению мужчин и мальчиков компонента повышения уровня информированности в вопросах сексуального принуждения и насилия;
- поддержку программ, предусматривающих развитие экономических и социальных активностей обездоленных девочек и улучшение их здоровья в целях уменьшения их уязвимости для сексуального насилия или необходимости вступать в половые связи за деньги, чтобы прокормить себя;
- расследование, преследование и наказание виновных в совершении насилия по всей строгости закона.

6 Поддерживать многоуровневые программы

Бороться со всеми источниками уязвимости девочек

Меры по предупреждению беременности должны приниматься на многих уровнях. Узконаправленного вмешательства недостаточно, и действия, направленные на изменение поведения девочек, не учитывают многогранного характера этой проблемы. Для того чтобы удержать девочек-подростков на пути здорового, безопасного и жизнеутверждающего развития, требуются комплексные, стратегические и адресные инвестиции в подростков, направленные на устранение многочисленных источников их уязвимости, которые различаются в зависимости от возраста, способностей, уровня доходов, места жительства и многих других факторов. Это также требует осознанных усилий по учету разнообразных обстоя-

тельств, в которых оказываются подростки, и выявлению девочек, которые подвергаются наибольшему риску подростковой беременности и неблагоприятным последствиям в области репродуктивного здоровья. Такие межсекторальные программы необходимы не только для максимального раскрытия потенциала девочек во всех областях — с точки зрения состояния здоровья, уровня образования и качества жизни, — но и для расширения возможностей девочек благодаря сетям социальной поддержки и повышению их статуса дома, в семье, в общине и в отношениях с лицами противоположного пола. Эти программы должны не только осуществляться в самых разных секторах, но и предусматривать несколько уровней влияния: от индивидуального и общинного до уровня национального правительства. Такие инвестиции потребуют значительных затрат времени и ресурсов. Однако если удастся обеспечить охват девочек в раннем возрасте, они могут значительно улучшить жизнь девочек и повысить их вклад в жизнь семей и общин.

Национальные руководители и руководители программ должны использовать новые возможности, которые открываются благодаря активизации деятельности в других секторах, особенно в сферах образования, здравоохранения и сокращения масштабов нищеты. Необходимо будет повысить координацию усилий в этих разных секторах для достижения большего синергетического эффекта и обеспечения максимальной отдачи от этих усилий. Необходимо принять меры не только по предупреждению подростковой беременности, но и по улучшению ее влияния на положение девочки.

7 Вовлекать мужчин и мальчиков

Взять на вооружение подходы, меняющие гендерные отношения

Многие страны для достижения всего комплекса целей в области развития, таких как улучшение сексуального и репродуктивного здоровья, руководствуются подходами, учитывающими

гендерную проблематику. Такие подходы предусматривают учет особых потребностей и положения мужчин, женщин, мальчиков и девочек, однако отнюдь не обязательно пытаются изменить гендерные отношения или повлиять на них. Доказано, что программы, *меняющие* гендерные отношения, т.е. пытающиеся оспорить правильность лежащих в их основе социальных норм, которые определяют отношение к гендерным функциям и обязанностям, оказывают большее влияние на программы охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Благодаря устранению коренных причин гендерного неравенства подходы, *меняющие* гендерные отношения, чаще позволяют добиться долгосрочных изменений в таких областях, как охрана сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе девочек-подростков. Инициативы, не *меняющие* социальных норм, скорее, лечат симптомы, вместо того чтобы решить проблему первопричин неравенства (UNFPA, 2013b). Если не привлечь к этой деятельности мужчин и мальчиков, то дискриминация, насилие и неравенство будут существовать и дальше.

Вовлекать мальчиков прежде, чем их отношение к гендерным вопросам и сексуальности необратимо закрепится

Чрезвычайно важно организовать работу с мальчиками-подростками, с тем чтобы сделать их инструментарием, необходимым для жизни, построенной на принципах большего гендерного равенства. Следует обеспечить предоставление достаточных возможностей и повышение уровня знаний в вопросах о том, как молодые люди, в частности мальчики и юноши, могут бороться с гендерными нормами, стереотипами и порочной практикой. Кроме того, одним из важнейших путей формирования будущих поколений мужчин, признающих гендерное равенство, является охват мальчиков-подростков комплексными программами полового воспитания, адаптированными к возрасту участников, которые позволяют им анализировать и оспаривать бытующие в обществе нормы в отношении мужчин и женщин.

Следует вовлекать мальчиков в разработку адаптированных к соответствующему возрасту инструментов и подходов, предусмат-



©UNFPA/Matthew Cassel

ривающих поощрение гендерного равенства и охраны сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав подростков. Распространение позитивных идей — что изменить существующее положение можно и что мальчики могут оказывать позитивное влияние не только на свою собственную жизнь, но и на жизнь девочек — может побудить мальчиков принять более активное участие и изменить свое поведение.

Адаптированные к соответствующему возрасту комплексные программы полового воспитания должны предусматривать предоставление молодым людям, в частности мальчикам и юношам, возможности обсудить доминирующие в обществе варианты «мужественности» и связанные с этим ожидания, вынести соответствующие рекомендации, а также проникнуться сочувствием к девочкам и укрепиться в готовности руководствоваться принципами уважения и равенства. Как показывают результаты исследований, взгляды мальчиков на сексуальность и интимные отношения начинают закрепляться в подростковом возрасте, и сложившиеся убеждения зачастую переносятся во взрослую жизнь.

Вовлекать также отцов

Отцы играют чрезвычайно важную роль в содействии успешному переходу их детей из подросткового возраста к взрослой жизни и вполне могут показывать положительный пример, помогая мальчикам вырасти в людей, учитывающих гендерные аспекты.

8 Заложить основу для содействия обеспечению здоровья и прав подростков после 2015 года

Обеспечить, чтобы повестка дня в области развития на период после 2015 года предусматривала поддержку целей, задач и показателей в области расширения возможностей девочек, ликвидации детских браков и обеспечения охраны сексуального и репродуктивного здоровья

Для достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций (ЦРТ), остается немногим более двух лет.

Правительства, организации гражданского общества, Организация Объединенных Наций и другие важнейшие заинтересованные стороны уже занимаются разработкой повестки дня в области устойчивого развития, которая будет построена на основе ЦРТ и придет им на смену после 2015 года. Целевой группе системы Организации Объединенных Наций по выработке повестки дня в области развития на период после 2015 года уже удалось договориться о том, что новая программа действий должна основываться на принципах уважения прав человека, равенства и устойчивости.

В декабре 2012 года ЮНФПА рекомендовал признать и закрепить во всех целях правозащитного компонента повестки дня на период после 2015 года принцип гендерного равенства, поскольку он исключительно важен для ликвидации неравенства и необходим для повышения устойчивого характера усилий в области развития (UNFPA, 2013f).

В соответствии с правозащитным подходом к развитию люди, включая женщин и молодежь, считаются не пассивными получателями товаров, услуг и предметов снабжения, а, скорее, *обладателями прав*, и поэтому необходимо расширять их возможности. Обладатели прав, активно определяющие собственное развитие, обеспечивают устойчивость всего процесса развития. Они получают возможность делать самостоятельный выбор, влиять на процессы выработки политики и строго спрашивать со своих правительств.

На государстве как главном *ответственном* лежат соответствующие обязанности уважать, защищать и реализовывать права человека, в том числе репродуктивные права. Правозащитные подходы также предусматривают создание и укрепление независимых национальных систем подотчетности в вопросах прав человека.

ЮНФПА также рекомендовал обеспечить, чтобы в программе действий на период после 2015 года была предусмотрена защита прав молодежи и содержался призыв осуществлять инвестиции в качественное образование, возможности достойной работы, эффективные жизненные навыки, доступ к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и комплексным программам полового воспитания для укрепления способности молодых людей на индивидуальном уровне противостоять негативным явлениям и создания условий, при которых они с большей вероятностью могли бы полностью раскрыть свой потенциал. Подростки и молодые люди, особенно малоимущие, проживающие в сельской местности или относящиеся к коренным народам девочки, лишены надлежащего доступа к информации и услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, необходимым для предупреждения нежелательных беременностей, небезопасных аборт и заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ. Уровень неудовлетворенных потребностей в противозачаточных средствах остается высоким, а спрос растет. Многие девочки-подростки становятся жертвами детских браков, насильственных сексуальных контактов или другой порочной практики, такой как калечащие операции на женских половых органах/обрезание и торговля людьми. Такая практика является нарушением прав человека и оказывает пагубное психосоциальное воздействие, подрывая возможности девочек завершить образование, развить навыки, необходимые для последующего трудоустройства, и полноценно участвовать в жизни общины и в национальном развитии.

В мае 2013 года Группа видных деятелей высокого уровня по вопросам повестки дня в области развития на период после 2015 года, состоящая из 27 членов, опубликовала доклад с рекомендациями в отношении будущей деятельности (Организация Объединенных Наций, 2013 год). Доклад Группы, члены которой были назначены Генеральным секретарем,

был посвящен аспектам экономического роста, социального равенства и экологической устойчивости. В докладе говорилось, что «новые цели и задачи должны основываться на уважении прав человека» и что в повестке дня на период после 2015 года должно быть предусмотрено «ограниченное число высокоприоритетных задач и целей... подкрепляемых поддающимися количественной оценке показателями».

Предложенные Группой универсальные цели включают расширение возможностей девочек и женщин и достижение гендерного равенства, причем в качестве соответствующего показателя достижений предусмотрена ликвидация детских браков.

Еще одной предлагаемой целью является обеспечение качественного образования и пожизненного обучения, гарантирующее каждому ребенку «вне зависимости от обстоятельств» доступ к неполному среднему образованию. Предложенная цель обеспечения здоровой жизни предусматривает показатель достижения, выражающийся в универсальном обеспечении охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав.

Кроме того, в результате проведения с конца 2012 года национальных, региональных и иных консультаций были выработаны рекомендации включить в повестку дня на период после 2015 года вопросы расширения возможностей женщин, равенства, охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав подростков, в частности девочек.

Правительства, приверженные идее расширения возможностей подростков, защиты их прав на образование и охрану здоровья, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, — а все это оказывает огромное влияние на подростковую беременность, — должны рассмотреть возможность поддержки целей и показателей, предложенных Группой видных деятелей высокого уровня по вопросам повестки дня в области развития на период после 2015 года.

Обеспечение расширения возможностей девочек-подростков и раскрытие их потенциала

Подростки определяют настоящее и будущее человечества. В зависимости от предоставляемых им в этот период жизни возможностей и выбора они могут вступить во взрослую жизнь как развитые и активные граждане или оказаться позабытыми, бесправными и погрязшими в нищете.

Подростковая беременность может подорвать здоровое развитие девочки и не дать ей полностью раскрыть свой потенциал и реализовать основные права человека. Последствия этого могут сказываться на протяжении всей ее жизни и передаваться следующему поколению.

Как показывает опыт осуществления эффективных программ, необходим радикальный сдвиг: переход от осуществления адресных мер, ориентированных исключительно на изменение поведения девочек или на предупреждение беременности, к более широким подходам, предусматривающим наращивание человеческого капитала девочек, повышение их самостоятельности в принятии решений в отношении своей судьбы (в том числе в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья) и предоставление им реальных возможностей, с тем чтобы они не рассматривали беременность как единственный имеющийся у них жизненный выбор. Вместо этого новая парадигма должна предусматривать изменение обстоятельств, условий, норм, ценностей и структурных факторов, которые, с одной стороны, увековечивают явление подростковой беременности, а с другой — изолируют и маргинализируют беременных девочек.

Меры, способные уменьшить уязвимость для ранней беременности, особенно среди беднейших, наименее образованных и маргинализированных девочек, — это меры, основанные на принципах равенства, равноправия и прав. Инвестиции в девочек — в наращивание их человеческого потенциала и повышение их самостоятельности — могут принести



огромные социальные и экономические выгоды отдельным лицам, их семьям, общинам и странам.

Девочки нуждаются в доступе к информации и услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Необходимо также избавить их от экономического и социального давления, которое слишком часто приводит к беременности и нищете, плохому здоровью и — в силу этого — нереализованному человеческому потенциалу. Забеременевшим девочкам нужно не осуждение, а поддержка.

Важным условием изменения положения путем трансформации социальных норм, традиций и практики, увековечивающих явление подростковой беременности и подрывающих будущее девочек, является вовлечение всех заинтересованных сторон: семей, общин, школ, поставщиков медицинских услуг и т.д. Сотрудничество всех заинтересованных сто-

▲ Инструктор по работе с молодежью сотрудничает с местными медицинскими центрами для распространения среди подростков и молодежи знаний о противозачаточных средствах.

© Марк Тушман/
Всемирная федерация
планируемого
родительства

рон может мобилизовать политическую волю к осуществлению инвестиций в расширение возможностей девочек-подростков и повышение их самостоятельности.

И в этом все должны сыграть свою роль. Средства массовой информации и индустрия развлечений могут помочь путем формирования позитивного образа девочек-подростков и женщин. Правительства могут вновь подтвердить свою приверженность ликвидации детских браков и гендерного насилия. Родители должны обратить внимание на то, какое представление о гендерной дискриминации они дают своим детям. Лица, формирующие общественное мнение, общинные лидеры, учителя и поставщики медицинских услуг должны активнее пропагандировать идею о том, что *все* дети одинаково ценны и имеют право на здравоохранение, образование, участие и равные возможности.

Национальные руководители должны вовлекать девочек — и мальчиков — в разработку, осуществление и оценку мер, призванных помочь девочкам избежать беременности или должным образом строить свою жизнь в случае беременности. Для этого настоятельно необходимо общаться с девочками, прислушиваться к их мнению и добиваться более глубокого понимания их нужд, проблем и уязвимости. Как заявили представители 179 правительств, одоббивших Программу действий МКНР в 1994 году, меры, призванные улучшить положение подростков, «оказываются наиболее эффективными в тех случаях, когда они предусматривают

всестороннее привлечение подростков к определению своих потребностей в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья и к разработке программ, направленных на удовлетворение этих потребностей».

Важно построить общество, основанное на принципе гендерного равенства, в котором девочки обладали бы полноценными возможностями, были образованы, здоровы и защищены от детских браков, жили в условиях достоинства и безопасности и могли принимать решения в отношении своего будущего и реализовывать свои права.

ЮНФПА стремится обеспечить право каждой девочки расти, не подвергаясь гендерному неравенству и дискриминации, насилию, детским бракам, беременности, с тем чтобы она могла успешно перейти из подросткового возраста во взрослую жизнь в безопасных и здоровых условиях. Детство никогда не должно омрачаться материнством.

«Беременность — это не поход на вечеринку, которая когда-нибудь закончится... она сказывается на учебе и вызывает семейные конфликты... Прежде чем даже подумать о возможности половых связей, нужно сначала оценить последствия... будущее. Важно быть готовой...и знать, чего мы хотим, а затем уже можно принимать решения».

Валерия, 15 лет, Никарагуа

Показатели

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели	стр. 106
---	----------

Демографические показатели	стр. 112
----------------------------	----------

Примечания	стр. 115
------------	----------

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, 2005–2012 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, 1990/2012 годы	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2012	Неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи, в процентах, 1988/2012 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	36	90	92	22	16				34	13
Албания	27	99	11	16	69	10	13	98	95	71	68
Алжир	97	95	4	32	61	52		98	97	72	74
Ангола	450	49	165	156	18			93	78	15	12
Антигуа и Барбуда		100	67	11				87	85	85	85
Аргентина	77	99	68	13	79	70		100	99	80	88
Армения	30	100	28	21	55	27	14	95	98	85	88
Аруба			36	17				93	96	70	74
Австралия ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Австрия	4	99	10	4	70	68					
Азербайджан	43	89	41	47	51	13	15	88	86	87	85
Багамские Острова	47	99	41	13				94	96	82	88
Бахрейн	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Бангладеш	240	31	133	42	61	52	14			43	51
Барбадос	51	100	50	12				90	97	83	95
Беларусь	4	100	21	7	73	56					
Бельгия	8	99	11	4	70	69	3	99	99	90	87
Белиз	53	94	90	15	55	52	16	100	91	64	65
Бенин	350	84	114	108	13	8	27			27	13
Бутан	180	58	59	48	66	65	12	89	92	54	62
Боливия (Многонациональное Государство)	190	71	89	52	61	34	20	91	91	70	70
Босния и Герцеговина	8	100	17	9	46	12	9	89	91		
Ботсвана	160	99	51	41	53	51		87	88	57	66
Бразилия	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Бруней-Даруссалам	24	10	18	5						98	100
Болгария	11	99	48	11	69	40	30	99	100	84	82
Буркина-Фасо	300	67	130	137	16	15	25	66	63	21	17
Бурунди	800	60	65	139	22	18	32	91	89	20	17
Камбоджа	250	71	48	51	51	35	17	96	95	39	36
Республика Камерун	690	64	127	115	23	14	24	100	87	44	39
Канада	12	99	14	5	74	72		100	100		
Кабо-Верде	79	76	92	20	61	57	17	95	92	60	69
Центральноафриканская Республика	890	41	133	150	19	9	19	78	60	18	10
Чад	1100	17	193	155	5	2	28	74	51	16	5
Чили	25	100	54	7	64			93	93	83	87
Китай ²	37	96	6	16	85	84	2				
Гонконг, САР Китая ³			3	3	80	75		95	100	72	74
Макао, САР Китая ⁴			3	5				87	88	80	77

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, 2005–2012 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, 1990/2012 годы	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2012	Неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи, в процентах, 1988/2012 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	99	85	23	79	73	8	90	90	73	79
Коморские Острова	280		95	92	26	19	36	81	75		
Демократическая Республика Конго	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Республика Конго	560	94	132	97	45	20	20	95	90		
Коста-Рика	40	95	67	10	82	80	5				
Кот-д'Ивуар	400	59	111	107	18	13	29	67	56		
Хорватия	17	100	13	6				95	97	88	94
Куба	73	100	51	6	74	73	9	98	98	87	87
Кюрасао				13							
Кипр	10	98	4	4				99	99	88	90
Чешская Республика	5	100	11	3	86	78	4				
Дания	12	99	6	4				95	97	88	91
Джибути	200	78	27	83	18	17		57	51	28	20
Доминика		100	48					96	97	80	89
Доминиканская Республика	150	95	98	28	73	70	11	93	91	58	67
Эквадор	110	89	100	21	73	59	7	99	100	73	75
Египет	66	79	50	24	60	58	12	99	96		
Сальвадор	81	85	65	21	72	66	9	96	96	59	61
Экваториальная Гвинея	240		128	143	10	6		59	59		
Эритрея	240		85	56	8	5	29	40	34	32	25
Эстония	2	99	21	5	63	58		98	97	91	93
Эфиопия	350	10	79	74	29	27	26	90	84	17	11
Фиджи	26	100	31	20				99	99	81	88
Финляндия	5	99	8	3				98	98	93	94
Франция	8	98	12	4	76	74	2	99	99	98	100
Французская Гвиана			84	14							
Французская Полинезия			41	8							
Габон	230		144	65	31	19	28				
Гамбия	360	56	104	100	13	9	22	68	71		
Грузия	67	97	44	22	53	35	12	96	94	84	80
Германия	7	99	9	4	66	62		100	100		
Гана	350	55	70	78	24	17	36	83	82	48	44
Греция	3		12	4	76	46		99	99	98	98
Гренада	24	100	53	12	54	52		96	99	84	84
Гваделупа			21	6							
Гуам			52	11	67	58					
Гватемала	120	51	92	31	43	34	28	99	97	48	44
Гвинея	610	46	153	127	6	5	22	90	76	42	27
Гвинея-Биссау	790	44	137	156	14	10	6	77	73	11	6
Гайана	280	87	97	34	43	40	29	81	85	71	81
Гаити	350	26	69	67	35	31	37				
Гондурас	100	66	108	32	65	56	17	97	98		
Венгрия	21	99	19	6	81	71	7	97	98	92	92

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, 2005–2012 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, 1990/2012 годы	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2012	Неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи, в процентах, 1988/2012 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
Исландия	5		15	3				99	99	88	89
Индия	200	58	76	56	55	48	21	99	99		
Индонезия	220	80	66	31	62	58	11	98	100	74	74
Иран (Исламская Республика)	21	97	31	22	73	59		99	100	82	80
Ирак	63	89	68	32	53	34	8	94	84	49	39
Ирландия	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Израиль	7		14	4				97	98	97	100
Италия	4	100	7	3	63	41	12	100	99	94	94
Ямайка	110	98	72	25	69	66	12	83	81	80	87
Япония	5	100	5	3	54	44		100	100	99	100
Иордания	63	99	32	20	59	41	13	91	91	83	88
Казахстан	51	99	31	30	51	50	12	100	100	90	90
Кения	360	44	106	77	46	39	26	84	85	52	48
Кирибати		98	39	42	22	18	28			65	72
Корейская Народно-Демократическая Республика	81	100	1	28							
Республика Корея	16	100	2	4	80	70		99	98	96	95
Кувейт	14	99	14	11	52	39		97	100	86	93
Кыргызстан	71	98	31	42	48	46	12	96	96	81	80
Лаосская Народно-Демократическая Республика	470	37	110	45	38	35	27	98	96	43	39
Латвия	34	99	15	9	68	56	17	95	96	83	83
Ливан	25		18	10	58	34		97	97	72	80
Лесото	620	62	92	82	47	46	23	74	76	23	37
Либерия	770	46	177	85	11	10	36	42	40		
Ливия	58	98	4	16	45	26					
Литва	8		17	7	63	50	18	94	93	91	91
Люксембург	20		7	3				94	96	85	88
Мадагаскар	240	44	147	55	40	28	19	79	80	23	24
Малави	460	71	157	119	46	42	26	91	98	30	29
Малайзия	29	99	14	5	49	32		96	96	66	71
Мальдивские Острова	60	95	19	13	35	27	29	94	95	46	52
Мали	540	49	190	165	8	6	28	72	63	36	25
Мальта	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Мартиника			20	7							
Мавритания	510	57	88	107	9	8	32	73	77	17	15
Маврикий ⁵	60	100	31	13	76	39	4			74	74
Мексика	50	95	87	17	71	67	12	99	100	71	74
Микронезии, Федеративные Штаты	100	100	52	40							
Республика Молдова	41	100	26	17	68	43	11	91	90	77	78
Монголия	63	99	20	31	55		22	99	98	74	79
Черногория	8	100	24	10	39	17		93	94		
Марокко	100	74	18	32	67	57	12	97	96	38	32

Страна,
территория
или район

Страна, территория или район	Здоровье матери и новорожденного				Сексуальное и репродуктивное здоровье			Образование			
	Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорож- дений, 2010 год	Роды, принима- емые квалифициро- ванным медицин- ским персоналом, 2005–2012 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 поль- зования любыми методами контра- цепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2012 годы	Показатель поль- зования современ- ными методами контра- цепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2012	Неудовлетворенные потребности в сред- ствах планирования семьи, в процентах, 1988/2012 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	54	193	116	12	11	19	93	88	18	17
Мьянма	200	71	17	63	46	46	19			49	52
Намибия	200	81	74	42	55	54	21	84	88	44	57
Непал	170	36	81	44	50	43	28	78	64		
Нидерланды	6		5	4	69	67		100	99	87	88
Новая Каледония			21	15	75	72					
Новая Зеландия	15	96	29	5				99	100	94	95
Никарагуа	95	74	109	20	72	69	11	93	95	43	49
Нигер	590	18	199	127	14	12	16	71	60	14	9
Нигерия	630	34	123	122	14	9	19	60	55		
Норвегия	7	99	10	3	88	82		99	99	94	94
Оман	32	99	12	9	32	25		98	97	94	94
Пакистан	260	45	16	71	27	19	25	79	65	40	29
Палестина ⁷	64		60	23	50	39		90	90	77	85
Панама	92	89	88	18	52	49		98	97	65	71
Папуа-Новая Гвинея	230	43	70	62	32	24	27				
Парагвай	99	85	63	37	79	70	5	84	84	59	63
Перу	67	85	72	26	69	50	6	97	97	77	78
Филиппины	99	62	53	27	49	36	22	88	90	56	67
Польша	5	100	16	6	73	28		97	97	90	92
Португалия	8		16	3	87	83		99	100	78	86
Пуэрто-Рико			55	8	84	72	4	81	86		
Катар	7	100	15	8	43	32		95	95	87	96
Реюньон			43	5	67	64					
Румыния	27	99	41	12	70	51	12	88	87	82	83
Российская Федерация	34	100	30	12	80	65		95	96		
Руанда	340	69	41	74	52	44	21	89	92		
Сент-Китс и Невис		100	67					86	89	84	88
Сент-Люсия	35	99	49	14				88	88	85	85
Сент-Винсент и Гренадины	48	99	70	21				100	97	84	86
Самоа	100	81	29	23	29	27	48	91	96	71	82
Сан-Марино			1					91	93		
Сан-Томе и Принсипи	70	81	110	63	38	33	38	97	98	30	34
Саудовская Аравия	24	100	7	12	24			97	97		
Сенегал	370	65	93	75	13	12	29	77	81	24	19
Сербия ⁶	12	100	22	13	61	22	7	95	94	90	91
Сейшельские Острова		99	62	10				96	94	92	100
Сьерра-Леоне	890	61	98	187	11	10	27				
Сингапур	3	100	6	2	62	55					
Словакия	6	100	21	7	80	66					
Словакия	12	100	5	3	79	63	9	98	98	92	93
Соломоновы Острова	93	70	70	47	35	27	11	88	87	44	42
Сомали	1000	9	123	131	15	1					

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, 2005–2012 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, 1990/2012 годы	Показатель пользования современными методами контрацепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2012	Неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи, в процентах, 1988/2012 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
Южная Африка	300		54	51	60	60	14	90	91	59	65
Южный Судан				123	4	1					
Испания	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Шри-Ланка	35	99	24	11	68	53	7	93	93	86	91
Судан	730		70	86	9		29	50	42		
Суринам	130	87	66	23	46	45		92	93	52	63
Свазиленд	320	82	111	92	65	63	13	84	86	32	38
Швеция	4		6	3	75	65		100	99	93	93
Швейцария	8		4	4	82	78		99	100	83	81
Сирийская Арабская Республика	70	96	75	21	58	43		99	100	68	68
Таджикистан	65	88	27	73	28	26		100	96	91	81
Объединенная Республика Танзания	460	49	128	72	34	26	25	98	98		
Таиланд	48	99	47	12	80	78	3	90	89	69	74
Бывшая югославская Республика Македония	10	100	20	11				97	99	82	81
Демократическая Республика Тимор-Лешти	300	30	54	49	22	21	32	91	91	37	41
Того	300	44	89	103	15	13	37			33	16
Тонга	110	99	16	24				94	89	67	80
Тринидад и Тобаго	46	97	33	31	43	38		98	97	65	70
Тунис	56	95	6	17	63		7	100	99		
Турция	20	91	38	18	73	46	6	100	98	81	76
Туркменистан	67	100	21	60	62	53	13				
Острова Тёркс и Кайкос			26					77	84	72	69
Тувалу		93	28		31	22	24				
Уганда	310	58	159	86	30	26	34	93	95	17	15
Украина	32	99	30	14	67	48	10	92	93	85	85
Объединенные Арабские Эмираты	12	100	34	7	28	24		94	98	80	82
Соединенное Королевство	12		25	5	84	84		100	100	97	100
Соединенные Штаты Америки	21	99	39	7	76	70	8	95	96	89	90
Виргинские острова Соединенных Штатов			52	11	78	73					
Уругвай	29	100	60	14	77	75		100	99	68	76
Узбекистан	28	100	26	53	65	59	14	94	91		
Вануату	110	74	92	28	38	37		98	97	46	49
Венесуэла (Боливарианская Респ.)	92	98	101	19	70	62	19	95	95	69	77
Вьетнам	59	92	35	20	78	60	4				
Западная Сахара				46							
Йемен	200	36	80	76	28	19	40	83	70	48	31
Замбия	440	47	151	102	41	27	27	96	98		
Зимбабве	570	66	115	53	59	57	15				

Данные
по миру и
по отдельным
регионам¹⁶

	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, 2005–2012 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 поль- зования любыми методами контра- цепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2012 годы	Показатель пользо- вания современны- ми методами контра- цепции женщинами в возрасте от 15 до 49 лет, 1990/2012	Неудовлетворенные потребности в сред- ствах планирования семьи, в процентах, 1988/2012 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	52	64	57	12	92	90	64	61
Более развитые регионы⁸	16		24	7	71	62	9	97	97	90	91
Менее развитые регионы⁹	240		53	57	63	57	13	91	89	61	57
Наименее развитые страны¹⁰	430		106	99	38	31	23	83	79	36	30
Арабские государства¹¹	140	76	48	44	53	44	17	89	83	64	58
Азия и Тихий океан¹²	160	69	35	40	68	63	10	95	94	63	60
Восточная Европа и Центральная Азия¹³	32	98	32	26	67	53	11	94	94	86	85
Латинская Америка и Карибский бассейн¹⁴	81	91	73	23	73	67	10	95	96	74	78
Африка к югу от Сахары¹⁵	500	48	117	110	28	21	25	80	77	27	21

Демографические показатели

Мужчины Женщины

Страна,
территория
или район

Страна, территория или район	Общая числен- ность населения (в млн. чел.) в 2013 году**	Темпы роста населения в 1991–2015 годах (в процентах)	Ожидаемая про- должительность жизни при рождении, 2010–2015 годы		Суммарный коэффициент фертильности, на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет, 2010–2015 годы	Доля населения в возрасте от 10 до 19 лет, (в процентах), 2010 год
Афганистан	30,6	2,4	59	62	5,0	23
Албания	3,2	0,3	75	81	1,8	19
Алжир	39,2	1,8	69	73	2,8	17
Ангола	21,5	3,1	50	53	5,9	21
Антигуа и Барбуда	0,1	1,0	73	78	2,1	18
Аргентина	41,4	0,9	73	80	2,2	16
Армения	3,0	0,2	71	78	1,7	15
Аруба	0,1	0,4	73	78	1,7	15
Австралия ¹	23,3	1,3	80	85	1,9	13
Австрия	8,5	0,4	78	84	1,5	11
Азербайджан	9,4	1,1	68	74	1,9	17
Багамские Острова	0,4	1,4	72	78	1,9	16
Бахрейн	1,3	1,7	76	77	2,1	11
Бангладеш	156,6	1,2	70	71	2,2	21
Барбадос	0,3	0,5	73	78	1,8	14
Беларусь	9,4	-0,5	64	76	1,5	11
Бельгия	11,1	0,4	78	83	1,8	11
Белиз	0,3	2,4	71	77	2,7	20
Бенин	10,3	2,7	58	61	4,9	21
Бутан	0,8	1,6	68	68	2,3	20
Боливия (Многонациональное Государство)	10,7	1,6	65	69	3,3	21
Босния и Герцеговина	3,8	-0,1	74	79	1,3	14
Ботсвана	2,0	0,9	48	47	2,6	22
Бразилия	200,4	0,8	70	77	1,8	17
Бруней-Даруссалам	0,4	1,4	77	80	2,0	17
Болгария	7,2	-0,8	70	77	1,5	10
Буркина-Фасо	16,9	2,8	55	57	5,6	22
Бурунди	10,2	3,2	52	56	6,1	21
Камбоджа	15,1	1,7	69	74	2,9	21
Республика Камерун	22,3	2,5	54	56	4,8	22
Канада	35,2	1,0	79	84	1,7	12
Кабо-Верде	0,5	0,8	71	79	2,3	23
Центральноафриканская Республика	4,6	2,0	48	52	4,4	22
Чад	12,8	3,0	50	52	6,3	22
Чили	17,6	0,9	77	83	1,8	16
Китай ²	1385,6	0,6	74	77	1,7	14
Гонконг, САР Китая ³	7,2	0,7	80	86	1,1	11
Макао, САР Китая ⁴	0,6	1,8	78	83	1,1	11
Колумбия	48,3	1,3	70	78	2,3	18
Коморские Острова	0,7	2,4	59	62	4,7	20
Демократическая Республика Конго	67,5	2,7	48	52	6,0	22

Страна, территория
или район

Страна, территория или район	Общая числен- ность населения (в млн. чел.) в 2013 году**	Темпы роста населения в 1991–2015 годах (в процентах)	Ожидаемая про- должительность жизни при рождении, 2010–2015 годы		Суммарный коэффициент фертильности, на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет, 2010–2015 годы	Доля населения в возрасте от 10 до 19 лет, (в процентах), 2010 год
Республика Конго	4,4	2,6	57	60	5,0	20
Коста-Рика	4,9	1,4	78	82	1,8	17
Коста-Рика	20,3	2,3	50	51	4,9	22
Хорватия	4,3	-0,4	74	80	1,5	11
Куба	11,3	-0,1	77	81	1,5	13
Кюрасао	0,2	2,2	74	80	1,9	14
Кипр	1,1	1,1	78	82	1,5	13
Чешская Республика	10,7	0,4	75	81	1,6	10
Дания	5,6	0,4	77	81	1,9	12
Джибути	0,9	1,5	60	63	3,4	21
Доминика	0,1	0,4				
Доминиканская Республика	10,4	1,2	70	77	2,5	19
Эквадор	15,7	1,6	74	79	2,6	19
Египет	82,1	1,6	69	73	2,8	19
Сальвадор	6,3	0,7	68	77	2,2	23
Экваториальная Гвинея	0,8	2,8	51	54	4,9	20
Эритрея	6,3	3,2	60	65	4,7	20
Эстония	1,3	-0,3	69	80	1,6	11
Эфиопия	94,1	2,6	62	65	4,6	23
Фиджи	0,9	0,7	67	73	2,6	18
Финляндия	5,4	0,3	77	84	1,9	12
Франция	64,3	0,5	78	85	2,0	12
Французская Гвиана	0,2	2,5	74	81	3,1	18
Французская Полинезия	0,3	1,1	74	79	2,1	18
Габон	1,7	2,4	62	64	4,1	20
Гамбия	1,8	3,2	57	60	5,8	21
Грузия	4,3	-0,4	70	78	1,8	13
Германия	82,7	-0,1	78	83	1,4	10
Гана	25,9	2,1	60	62	3,9	21
Греция	11,1	0,0	78	83	1,5	10
Гренада	0,1	0,4	70	75	2,2	20
Гваделупа	0,5	0,5	77	84	2,1	15
Гуам	0,2	1,3	76	81	2,4	18
Гватемала	15,5	2,5	68	75	3,8	22
Гвинея	11,7	2,5	55	57	5,0	21
Гвинея-Бисау	1,7	2,4	53	56	5,0	21
Гайана	0,8	0,5	64	69	2,6	20
Гаити	10,3	1,4	61	65	3,2	22
Гондурас	8,1	2,0	71	76	3,0	22
Венгрия	10,0	-0,2	70	79	1,4	11
Исландия	0,3	1,1	80	84	2,1	14
Индия	1252,1	1,2	65	68	2,5	19

Страна, территория
или район

Индонезия	249,9	1,2	69	73	2,3	17
Иран (Исламская Республика)	77,4	1,3	72	76	1,9	17
Ирак	33,8	2,9	66	73	4,1	21
Ирландия	4,6	1,1	78	83	2,0	12
Израиль	7,7	1,3	80	83	2,9	15
Италия	61,0	0,2	80	85	1,5	9
Ямайка	2,8	0,5	71	76	2,3	20
Япония	127,1	-0,1	80	87	1,4	9
Иордания	7,3	3,5	72	76	3,3	18
Казахстан	16,4	1,0	61	72	2,4	15
Кения	44,4	2,7	60	63	4,4	21
Кирибати	0,1	1,5	66	72	3,0	21
Корейская Народно- Демократическая Республика	24,9	0,5	66	73	2,0	16
Республика Корея	49,3	0,5	78	85	1,3	13
Кувейт	3,4	3,6	73	75	2,6	13
Кыргызстан	5,5	1,4	63	72	3,1	20
Лаосская Народно- Демократическая Республика	6,8	1,9	67	69	3,0	23
Латвия	2,1	-0,6	67	77	1,6	11
Ливан	4,8	3,0	78	82	1,5	18
Лесото	2,1	1,1	49	50	3,1	24
Либерия	4,3	2,6	59	61	4,8	21
Ливия	6,2	0,9	73	77	2,4	18
Литва	3,0	-0,5	66	78	1,5	13
Люксембург	0,5	1,3	78	83	1,7	12
Мадагаскар	22,9	2,8	63	66	4,5	22
Малави	16,4	2,8	55	55	5,4	22
Малайзия	29,7	1,6	73	77	2,0	19
Мальдивские Острова	0,3	1,9	77	79	2,3	21
Мали	15,3	3,0	55	55	6,9	21
Мальта	0,4	0,3	77	82	1,4	12
Мартиника	0,4	0,2	78	84	1,8	14
Мавритания	3,9	2,5	60	63	4,7	21
Маврикий ⁵	1,2	0,4	70	77	1,5	16
Мексика	122,3	1,2	75	80	2,2	19
Микронезия	0,1	0,2	68	70	3,3	26
Республика Молдова	3,5	-0,8	65	73	1,5	14
Монголия	2,8	1,5	64	71	2,4	18
Черногория	0,6	0,0	72	77	1,7	14
Марокко	33,0	1,4	69	73	2,8	19
Мозамбик	25,8	2,5	49	51	5,2	21
Мьянма	53,3	0,8	63	67	2,0	18

Страна, территория
или район

Намибия	2,3	1,9	62	67	3,1	23
Непал	27,8	1,2	67	69	2,3	22
Нидерланды	16,8	0,3	79	83	1,8	12
Новая Каледония	0,3	1,3	74	79	2,1	16
Новая Зеландия	4,5	1,0	79	83	2,1	14
Никарагуа	6,1	1,4	72	78	2,5	22
Нигер	17,8	3,9	58	58	7,6	20
Нигерия	173,6	2,8	52	53	6,0	21
Норвегия	5,0	1,0	79	84	1,9	13
Оман	3,6	7,9	75	79	2,9	14
Пакистан	182,1	1,7	66	67	3,2	22
Палестина ⁷	4,3	2,5	71	75	4,1	24
Панама	3,9	1,6	75	80	2,5	17
Папуа-Новая Гвинея	7,3	2,1	60	64	3,8	21
Парагвай	6,8	1,7	70	75	2,9	20
Перу	30,4	1,3	72	77	2,4	19
Филиппины	98,4	1,7	65	72	3,1	21
Польша	38,2	0,0	72	80	1,4	12
Португалия	10,6	0,0	77	83	1,3	10
Пуэрто-Рико	3,7	-0,2	75	82	1,6	16
Катар	2,2	5,9	78	79	2,1	6
Реюньон	0,9	1,2	76	83	2,2	16
Румыния	21,7	-0,3	70	77	1,4	11
Российская Федерация	142,8	-0,2	62	74	1,5	11
Руанда	11,8	2,7	62	65	4,6	22
Сент-Китс и Невис	0,1	1,1				
Сент-Люсия	0,2	0,8	72	77	1,9	18
Сент-Винсент и Гренадины	0,1	0,0	70	75	2,0	19
Самоа	0,2	0,8	70	76	4,2	22
Сан-Томе и Принсипи	0,2	2,6	64	68	4,1	20
Саудовская Аравия	28,8	1,8	74	77	2,7	16
Сенегал	14,1	2,9	62	65	5,0	21
Сербия ⁶	9,5	-0,5	71	77	1,4	13
Сейшельские Острова	0,1	0,6	69	78	2,2	15
Сьерра-Леоне	6,1	1,9	45	46	4,7	21
Сингапур	5,4	2,0	80	85	1,3	13
Словакия	5,5	0,1	71	79	1,4	12
Словения	2,1	0,2	76	83	1,5	10
Соломоновы Острова	0,6	2,1	66	69	4,1	21
Сомали	10,5	2,9	53	57	6,6	22
Южная Африка	52,8	0,8	55	59	2,4	18
Южный Судан	11,3	4,0	54	56	5,0	21

Страна, территория или район	Общая числен- ность населения (в млн. чел.) в 2013 году**	Темпы роста населения в 1991–2015 годах (в процентах)	Ожидаемая про- должительность жизни при рождении, 2010–2015 годы		Суммарный коэффициент фертильности, на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет, 2010–2015 годы	Доля населения в возрасте от 10 до 19 лет, (в процентах), 2010 год
Испания	46,9	0,4	79	85	1,5	9
Шри-Ланка	21,3	0,8	71	77	2,4	15
Судан	38,0	2,1	60	64	4,5	22
Суринам	0,5	0,9	68	74	2,3	18
Свазиленд	1,2	1,5	50	49	3,4	24
Швеция	9,6	0,7	80	84	1,9	12
Швейцария	8,1	1,0	80	85	1,5	11
Сирийская Арабская Республика	21,9	0,7	72	78	3,0	21
Таджикистан	8,2	2,4	64	71	3,9	21
Объединенная Респ. Танзания	49,3	3,0	60	63	5,2	21
Таиланд	67,0	0,3	71	78	1,4	14
Бывшая югославская Республика Македония	2,1	0,1	73	77	1,4	14
Демократическая Республика Тимор-Лешти	1,1	1,7	66	69	5,9	27
Того	6,8	2,6	56	57	4,7	21
Тонга	0,1	0,4	70	76	3,8	22
Тринидад и Тобаго	1,3	0,3	66	74	1,8	14
Тунис	11,0	1,1	74	78	2,0	16
Турция	74,9	1,2	72	79	2,1	17
Туркменистан	5,2	1,3	61	70	2,3	20
Острова Тёркс и Кайкос	0,0	2,1				
Тувалу	0,0	0,2				
Уганда	37,6	3,3	58	60	5,9	22
Украина	45,2	-0,6	63	74	1,5	11
Объединенные Арабские Эмираты	9,3	2,5	76	78	1,8	10
Соединенное Королевство	63,1	0,6	78	82	1,9	12
Соединенные Штаты Америки	320,1	0,8	76	81	2,0	13
Виргинские Острова Соединенных Штатов	0,1	0,1	77	83	2,5	14
Уругвай	3,4	0,3	74	80	2,1	15
Узбекистан	28,9	1,4	65	72	2,3	21
Вануату	0,3	2,2	70	74	3,4	20
Венесуэла (Боливарианская Республика)	30,4	1,5	72	78	2,4	18
Вьетнам	91,7	1,0	71	80	1,8	17
Западная Сахара	0,6	3,2	66	70	2,4	16
Йемен	24,4	2,3	62	64	4,1	24
Замбия	14,5	3,2	56	59	5,7	22
Зимбабве	14,1	2,8	59	61	3,5	23

Данные по миру и по отдельным регионам¹⁶

Данные по миру и по отдельным регионам ¹⁶			Общая численность населения (в млн. чел.) в 2013 году**	Темпы роста населения в 1991–2015 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	Доля населения в возрасте от 10 до 19 лет, (в процентах), 2010 год
Весь мир	7,162	1.1	68	72	2.5	16.7	
Более развитые регионы ⁸	1,253	0.3	74	81	1.7	11.5	
Менее развитые регионы ⁹	5,909	1.3	67	70	2.6	17.9	
Наименее развитые страны ¹⁰	898	2.3	59	62	4.2	21.4	
Арабские государства ¹¹	350	1.0	67	71	3.3	20.6	
Азия и Тихий океан ¹²	3,785	1.9	69	72	2.2	17.6	
Восточная Европа и Центральная Азия ¹³	330	0.1	63	74	1.8	12.9	
Латинская Америка и Карибский бассейн ¹⁴	612	1.1	71	78	2.2	18.7	
Африка к югу от Сахары ¹⁵	888	2.6	55	57	5.1	23.0	

Примечания к показателям

- 1 Включая остров Рождества, Кокосовы острова (Килинг) и остров Норфолк.
- 2 Для целей статистики данные по Китаю не включают данные по Гонконгу и Макао (специальным административным районам (САР) Китая) и китайской провинции Тайвань.
- 3 С 1 июля 1997 года Гонконг стал специальным административным районом Китая.
- 4 С 20 декабря 1999 года Макао стало специальным административным районом Китая.
- 5 Включая острова Агалеса, Родригес и Сент-Брендон.
- 6 Включая Косово.
- 7 Включая Восточный Иерусалим.
- 8 К более развитым регионам относятся Европа, Северная Америка, Австралия – Новая Зеландия и Япония.
- 9 К менее развитым регионам относятся все регионы Африки, Азия (за исключением Японии), Латинская Америка и Карибский бассейн, а также Меланезия, Микронезия и Полинезия.
- 10 Наименее развитые страны согласно определению, принятому в Организации Объединенных Наций.
- 11 Включает Алжир, Бахрейн, Джибути, Египет, Иорданию, Ирак, Йемен, Катар, Кувейт, Ливан, Ливийскую Арабскую Джамахирию, Марокко, Объединенные Арабские Эмираты, оккупированную палестинскую территорию, Оман, Саудовскую Аравию, Сирийскую Арабскую Республику, Сомали, Судан и Тунис.
- 12 Включает только страны, территории и другие районы, в которых осуществляются программы ЮНФПА: Афганистан, Бангладеш, Бутан, Вануату, Вьетнам, Индию, Индонезию, Иран (Исламская Республика), Камбоджу, Кирибати, Китай, Корейскую Народно-Демократическую Республику, Лаосскую Народно-Демократическую Республику, острова Кука, Малайзию, Мальдивы, Маршалловы Острова, Микронезию, Монголию, Мьянму, Науру, Непал, Ниуэ, Пакистан, Палау, Папуа-Новую Гвинею, Самоа, Соломоновы Острова, Таиланд, Тимор-Лешти, Токелау, Тонга, Тувалу, Фиджи, Филиппины и Шри-Ланку.
- 13 Включает только 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.
- 14 Включает только страны, территории и другие районы, в которых осуществляются программы ЮНФПА: Англию, Антигуа и Барбуду, Аргентину, Багамские Острова, Барбадос, Белиз, Бермудские Острова, Боливия (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, острова Теркс и Кайкос, Тринидад и Тобаго, Уругвай, Чили, Эквадор и Ямайка.
- 15 Включает только страны, территории и другие районы, в которых осуществляются программы ЮНФПА: Анголу, Бенин, Ботсвану, Буркина-Фасо, Бурунди, Гамбию, Габон, Гану, Гвинею, Гвинея-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, Уганду, Центральноафриканскую Республику, Чад, Экваториальную Гвинею, Эритрею, Эфиопию и Южную Африку.
- 16 Сводные данные по регионам являются средневзвешенными величинами, рассчитанными на основе имеющихся данных по странам.

Технические примечания: Источники данных и определения

Статистические таблицы в издании «*Народонаселение мира в 2013 году*» включают показатели, которые отражают прогресс в достижении целей Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) и целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРТ), в областях материнского здоровья, доступа к образованию и сексуального и репродуктивного здоровья. Кроме того, эти таблицы содержат различные демографические показатели.

Различные национальные ведомства и международные организации могут использовать разные методики сбора, экстраполяции и анализа данных. Для облегчения международной сопоставимости данных ЮНФПА опирается на стандартные методики, используемые теми органами, которые являются главными источниками данных, и в первую очередь Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций. Поэтому в некоторых случаях данные в этих таблицах отличаются от данных, подготовленных национальными ведомствами.

Средние величины по регионам рассчитаны на основе 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: World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA and World Bank. 2010. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO. Этот показатель отражает число женщин, умерших по причинам, связанным с беременностью, родами и послеродовыми осложнениями, на каждые 100 000 живорождений. 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 рассчитываются на основе представленных данных, когда это возможно, с использованием методов,

позволяющих повысить сопоставимость данных, полученных из разных источников. Более подробную информацию об источнике национальных оценок можно получить в соответствующем указанном источнике. Оценки и методики регулярно анализируются ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, высшими учебными заведениями и другими учреждениями и при необходимости пересматриваются в рамках постоянного процесса повышения качества данных о материнской смертности. Вследствие изменений используемых методов предыдущие оценки за 1995 год и 2000 год могут быть не вполне сопоставимы с нынешними оценками. Содержащиеся здесь оценки материнской смертности рассчитаны на основе показателей глобальной базы данных о материнской смертности, которая обновляется каждые пять лет.

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

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012). *2012 Update for the MDG Database: Adolescent Birth Rate (POP/DB/Fert/A/MDG2012)*. Показатель подростковой рождаемости 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 девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет. Для целей регистрации актов гражданского состояния следует иметь в виду, что эти показатели могут быть не вполне достоверными и что степень недостоверности зависит от полноты данных о деторождениях, регистрации младенцев, которые родились живыми, но умерли до момента регистрации или в первые 24 часа своей жизни, качества представленной информации о возрасте матери и включения деторождений в предыдущие периоды. Оценки, касающиеся народонаселения, могут быть недостоверными вследствие неправильной регистрации возраста и неполноты охвата. 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 обследований.

Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом, в процентах, 2005–2012 годы

Источник: WHO global database on maternal health indicators, 2013 update. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/gho>). Показатель

родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (врачами, медсестрами, акушерками), отражает процентную долю родов, принимаемых персоналом, обладающим необходимой квалификацией для оказания жизненно важной акушерской помощи, включая необходимое наблюдение и уход за женщинами во время беременности, родов и в послеродовой период и консультирование женщин; для самостоятельного принятия родов; и ухода за новорожденными. К этим лицам не относятся традиционные повитухи, даже если они прошли краткий курс подготовки.

Смертность в возрасте до пяти 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 Dataset in Excel and ASCII formats" (United Nations publication, ST/ESA/SER.A/306). Показатель смертности в возрасте до пяти лет выражает вероятность (выражаемую показателем на 1000 живорождений) смерти ребенка, родившегося в определенном году, до достижения пятилетнего возраста при условии сохранения текущих по возрасту коэффициентов смертности.

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Масштабы применения средств контрацепции

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). "2013 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence" (POP/DB/CP/A/MDG2012). Эти данные взяты из докладов о выборочных обследованиях и представляют собой оценку процентной доли замужних женщин (включая женщин, живущих в гражданском союзе), которые в настоящее время пользуются любым или только современным методом контрацепции. К современным методам, включающим клинические методы, а также препараты и устройства, относятся мужская и женская стерилизация, внутриматочные устройства, противозачаточные таблетки, инъекционные препараты, гормональные имплантаты, презервативы и барьерные методы для женщин. Эти данные 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. Во всех случаях приводятся самые последние из имеющихся данных за период 1990-2011 годов. Данные по миру и регионам рассчитаны на основе результатов проведенного Отделом народонаселения ДЭСВ Организации Объединенных Наций специального анализа данных, представленных Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций. Обновленная информация за 2012 и 2013 годы о применении средств контрацепции по миру в целом для базы данных по ЦРТ (см. www.un.org/en/development/desa/population/).

Неудовлетворенные потребности в планировании семьи

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). "2013 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning" (POP/DB/CP/B/MDG2012). Женщины, испытывающие неудовлетворенные потребности в связи с регулированием продолжительности периодов между родами, – 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 совокупных неудовлетворенных потребностей в планировании семьи, которые включают также неудовлетворенную потребность в средствах ограничения числа деторождений. Концепция неудовлетворенных потребностей указывает на несовпадение репродуктивных намерений женщин и их поведения в плане применения средств контрацепции. Для контроля над ходом достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, показатель неудовлетворенных потребностей рассчитывается на основании процентной доли женщин, состоящих в браке или гражданском союзе. В соответствии с концепцией неудовлетворенных потребностей лица, применяющие традиционные методы, включаются в число тех, кто испытывает потребность в современных методах контрацепции. С дополнительным анализом можно ознакомиться в следующих источниках: "Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012", Guttmacher Institute and UNFPA, 2012; и

Alkema L., V. Kantorova, C. Menozzi, and A. Biddlecom "National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive review". *The Lancet*, 12 March 2013. Данные по миру и регионам рассчитаны на основе результатов проведенного Отделом народонаселения ДЭСВ Организации Объединенных Наций специального анализа данных, представленных Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций. Обновленная информация за 2012 и 2013 годы о применении средств контрацепции по миру в целом для базы данных по ЦРТ (см. www.un.org/en/development/desa/population/).

Образование

Чистые показатели зачисления мальчиков и девочек в начальную школу (скорректированные) и чистые показатели зачисления мальчиков и девочек в среднюю школу, 1999-2012 годы. Источник: Институт статистики ЮНЕСКО: данные, обнародованные в мае 2012 года. Доступны по адресу: stats.uis.unesco.org. Чистые показатели зачисления отражают долю зачисленных в школу детей, относящихся к официальной возрастной группе для данного уровня образования, в общей численности соответствующей группы населения. Скорректированные чистые показатели зачисления в начальную школу учитывают также 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 2013 году

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). "World Population Prospects: The 2012 Revision. CD-ROM Edition. Эти показатели отражают ориентировочную численность 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 (2013). "World Population Prospects: The 2012 Revision. CD-ROM Edition. Среднегодовые темпы изменения численности народонаселения отражают средние экспоненциальные темпы прироста населения за определенный период. Они основаны на среднем варианте развития событий.

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин при рождении

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). "World Population Prospects: The 2012 Revision. CD-ROM Edition. Эту показатель отражают коэффициенты смертности мужчин и женщин и означают среднюю ожидаемую продолжительность жизни гипотетической когорты людей, у которых на протяжении всей их жизни будут сохраняться коэффициенты смертности, характерные для данного периода. 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 (2013). "World Population Prospects: The 2012 Revision. CD-ROM Edition. 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 соответствующий период времени. Страны могут достигать прогнозируемого уровня в различные моменты данного периода. Оценки относятся к периоду 2010-2015 годов.

Доля населения в возрасте от 10 до 19 лет, в процентах. Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). "World Population Prospects: The 2012 Revision. CD-ROM Edition. Этот показатель отражает долю населения в возрасте от 10 до 19 лет.

Библиография

- Abdella A. et al. 2013. "Meeting the need for safe abortion care in Ethiopia. Results of a national assessment in 2008," *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy, and Practice*. Vol. 8, Issue 4.
- Advocates for Youth. 2001. "Sex Education Programs: Definitions and Point-by-Point Comparison." www.advocatesforyouth.org/publications [accessed 24 July 2013].
- Advocates for Youth. 2007. "Adolescent Maternal Mortality: An Overlooked Crisis." <http://www.advocatesforyouth.org/component/content/article/436-adolescent-maternal-mortality-an-overlooked-crisis> [accessed 2 July 2013].
- Advocates for Youth. 2012. *Science and Success: Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV, and Sexually Transmitted Infections*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.
- AIDSTAR-One. n.d. Helping Each Other Act Responsibly Together (HEART). http://www.aidstar-one.com/promising_practices_database/g3ps/helping_each_other_act_responsibly_together_heart [accessed 24 July 2013].
- Ajuwon, A.J. and W. R. Brieger. 2007. "Evaluation of a school-based reproductive health education programme in rural South Western Nigeria." *African Journal of Reproductive Health*. 11(2): 47-59.
- Andrade, H.H.S.M. et al. 2009. "Changes in Sexual Behavior Following a Sex Education Program in Brazilian Public Schools." *Cadernos de Saude Publica*. 25: 1168-1176.
- Askew, I., J. Chege and C. Njue. 2004. "A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in Western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project." Nairobi: Population Council.
- Baird, S. et al. 2009. "The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behavior of Young Women." Policy Research Working Paper 5089. Washington, DC: World Bank.
- Baird, S. et al. 2011. "Cash or Condition? Evidence from a Cash Transfer Experiment." *The Quarterly Journal of Economics*. 126: 1709-1753.
- Baird, S., R Garfein, C. McIntosh and B. Ozler. 2012. "Effect of cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial." *The Lancet*, 379 (9823): 1320-1329.
- Bandiera, O. et al. 2012. "Empowering Adolescent Girls: Evidence from a Randomized Control Trial in Uganda." <http://econ.lse.ac.uk/staff/rburgess/wp/ELA.pdf>, [accessed 23 July 2013].
- Bankole, A. et al. 2007. "Knowledge of Correct Condom Use and Consistency of Use among Adolescents in Sub-Saharan Africa." *African Journal of Reproductive Health*. 11(3): 197-220.
- Bankole, A. and S. Malarcher. 2010. "Removing Barriers to Adolescents' Access to Contraceptive Information and Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 261-74.
- Barker, D. J. 1995. "Fetal Origins of Coronary Heart Disease." *British Journal of Medicine*. Vol 311 (6998): 171-174.
- Barker, G., et al. 2007. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Geneva: WHO.
- Baumgartner, N. et al. 2009. "The Influence of Early Sexual Debut and Sexual Violence on Adolescent Pregnancy: A Matched Case-Control Study in Jamaica." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 21-28.
- Bertrand J. T. et al. 2006. "Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries." *Health Education Research*. 21(4): 567-597.
- Beta Development Consulting. 2012. *Yafelanet Hiwot Project: Baseline Survey Report for Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health Project in North and South Wollo Zones, Amhara Region*. London: Save the Children.
- Biddlecom, A. et al. 2008. "Associations between premarital sex and leaving school in four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): pp. 337-350.
- Biddlecom, A. et al. 2007. *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*. New York: Guttmacher Institute.
- Blanc, A., K. A. Melnikas and M. Chau. 2013. "A review of the evidence on multi-sectoral interventions to reduce violence against adolescent girls." *Integrated Approaches to Improving the Lives of Adolescent Girls Issue Paper Series*. New York: Population Council.
- Blum, R. W., K. Nelson-Mmari. 2004. "The Health of Young People in a Global Context." *Journal of Adolescent Health* 35(5): 402-418.
- Blum, R. W., and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2013. *A Global Look at Adolescent Pregnancy Prevention: Strategies for Success*. Office of Adolescent Health webcast, May 2, 2013. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Blum, R. W. et al. 2013. "The Global Early Adolescent Study: An Exploration of the Evolving Nature of Gender and Social Relations." Unpublished literature review and research proposal.
- Boonstra, H. 2011. "Advancing Sexuality Education in Developing Countries. Evidence and Implications." *Guttman Policy Review*. 14(3).
- Bott, S., A. Guedes, M. Goodwin et al. 2012. *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Brady, M. and A. B. Khan. 2002. *Letting Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*. New York: Population Council.
- Brady, M. et al. 2007. *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt*. New York: Population Council.
- Bruce, J. et al. 2012. *Evidence-Based Approaches to Protecting Adolescent Girls at Risk of HIV*. Washington, D.C.: USAID and PEPFAR.
- Catino, J. et al. 2011. "Equipping Mayan Girls to Improve Their Lives. Promoting Healthy, Safe and Productive Transitions to Adulthood." Brief No. 5. New York: Population Council.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2010. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2012. *Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2013. *ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2008. *The Reproductive Rights of Adolescents: A tool for health and empowerment*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2008a. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2009. *Bringing Rights to Bear, Violence Against Women*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2013. *Abortion Laws and Sexual Violence*. New York: CRR.

- Chaaban, J. and W. Cunningham. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington DC: World Bank.
- Chandra-Mouli, V. et al. 2013. "WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries" (Commentary). *Journal of Adolescent Health*. 52 (2013) 517.
- Chong, E. et al. 2006. *Investing When it Counts: Generating the Evidence Base for Policies and Programmes for Very Young Adolescents*. New York: UNFPA and Population Council.
- Colombini, M. 2011. *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Services for Vulnerable Groups in Eastern Europe and Central Asia*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine and UNFPA.
- Cook, R. J. 1994. *Women's Health and Human Rights: The Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/1994/9241561661_eng.pdf [accessed 15 July 2013].
- Cook R. J., J. N. Erdman, B. M. Dickens. 2007. "Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 92: 182-87.
- Cottingham, J., E. Kismodi et al. 2010. "Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks." *Bulletin of the World Health Organization* 88: 551-555.
- Cowan, F. et al. 2010. "The Regai Dzive Shiri Project: Results of a Randomized Trial of an HIV Prevention Intervention for Zimbabwean Youth." *AIDS*. 24(16): 2541-2552.
- Cunningham, W. et al. 2008. *Youth at risk in Latin America and the Caribbean. Understanding the causes, realizing the potential*. Washington DC: World Bank.
- Dehne, K. and G. Riedner. 2005. *Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services*. Geneva: World Health Organization and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- de Silva-de-Alvis, R. 2008. *Child Marriage and the Law. Legislative Reform Initiative Paper Series (Working Paper)*. New York: UNICEF. [http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law\(1\).pdf](http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law(1).pdf), [accessed 15 July 2013].
- Dixon-Mueller, R. 2008. "How Young Is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): December 2008.
- Duflo, E. et al. 2006. *Education and HIV/AIDS Prevention: Evidence from a Randomized Evaluation in Western Kenya*. Background Paper to the 2007 World Development Report. World Bank Policy Research Working Paper 4024. Washington, DC: World Bank.
- Duflo E., P. Dupas, and M. Kremer. 2011. "Education, HIV and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya." Cambridge: Poverty Action Lab. <http://www.povertyactionlab.org/publication/education-hiv-and-early-fertility-experimental-evidence-kenya>.
- Dupas, P. 2011. "Do Teenagers Respond to HIV Risk Information? Evidence from a Field Experiment in Kenya." *American Economic Journal: Applied Economics* 3 (January 2011): 1-34 <http://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/app.3.1.1>.
- Edin, K. and M. Kefalas. 2012. *Promises I Can Keep: Why Poor Women Put Motherhood before Marriage*. Berkeley: University of California Press.
- Erulkar, A. and E. Muthengi. 2009. "Evaluation of Berhane Hewan: A Program to Delay Child Marriage in Rural Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 6-14.
- Erulkar, A. S. 2004. "The Experience of Sexual Coercion Among Young People in Kenya." *International Family Planning Perspectives*. 30(4): 182-189.
- Erulkar, A. 2013. "Early Marriage, Marital Relations and Intimate Partner Violence in Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 39 (1): March 2013.
- Filmer, D., J. Friedman and N. Shady. 2008. "Development, Modernization, and Son Preference in Fertility Decisions." Development Research Group. Washington, DC: The World Bank.
- Garcia-Moreno, C., H. AFM Jansen, M. Ellsberg et al. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.
- Girls Not Brides. 2011. "A message to men and boys from Archbishop Desmond Tutu." <http://www.girlsnotbrides.org/desmond-tutu-a-message-to-men-and-boys-about-child-marriage/> [accessed 1 July 2013].
- Goicolea, I. 2009. "Adolescent Pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: A Rights and Gender Approach to Girls' Sexual and Reproductive Health." Dissertation, Umea University.
- Grant, M. and K. Hallman. 2006. "Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa," Policy Research Division, Population Council, 2006, No. 212.
- Gupta, S., S. Mukherjee, S. Singh, R. Pande and S. Basu. 2008. "Knot Ready: Lessons from India on Delaying Marriage for Girls." Available from: <http://www.icrw.org/files/publications/Knot-Ready-Lessons-from-India-on-Delaying-Marriage-for-Girls.pdf>.
- Gurman, T. A. and C. Underwood. 2008. "Using Media to Address Adolescent Sexual Health: Lessons Learned Abroad" in *Managing the Media Monster. The Influence of Media (from Television to text messages) on Teen Sexual Behavior and Attitude*. Edited by J. D. Brown. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- The Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation. 2013. *Demystifying Data: A guide to using evidence to improve young peoples' sexual health and rights*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.
- The Guttmacher Institute. 2010. "Facts on Unintended Pregnancy and Abortion in Ethiopia." New York: Guttmacher Institute.
- Haberland, N. and D. Rogow. 2013. "Comprehensive Sexuality Education." Background paper for expert group meeting on adolescent sexual and reproductive health, 4-6 February 2013. Manhasset, New York.
- Hainsworth, G. et al. 2009. *From Inception to Large Scale: The Geração Biz Programme*. Geneva: World Health Organization and Pathfinder International.
- Hallman, K. and E. Roca. 2011. "*Siyakha Nentsha*: Building economic, health and social capabilities among highly vulnerable adolescents in KwaZulu-Natal, South Africa." *Providing Healthy, Safe, and Productive Transitions to Adulthood*. Brief No. 4. New York: Population Council.
- Heise, L., K. Moore and N. Toubia. 1995. *Sexual coercion and reproductive health: A focus on research*. New York: Population Council.
- Heise, L. 2011. *What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview*. World Paper (Version 2.0). London: Department for International Development.
- Hilton, P. and A. Ward. 1998. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in southeast Nigeria. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 9(4): 189-94.

- Human Rights Council. 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Document A/HRC/21/22, 2 July 2012. New York: United Nations.
- Ibrahim, T., A. U. Sadiq and S. O. Daniel. 2000. "Characteristics of VVF patients as seen at the specialist hospital Sokoto, Nigeria". *West African Journal of Medicine*. 19(1): 59-63.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2013. *Emergency Contraceptive Pill Registration Status by Country*. <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/04/EC-Registration-Status-Factsheet-4-25-13.pdf> [accessed 24 July 2013].
- International Planned Parenthood Federation. 2006. *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 2010. *Men-Streaming in Sexual and Reproductive Health and HIV: A Toolkit for Policy Development and Advocacy*. London: International Planned Parenthood Federation.
- International Planned Parenthood Federation. 2011. *Girls Decide: Choices on Sex and Pregnancy*. London: IPPF.
- International Sexual and Reproductive Rights Coalition. 2002. "Children, Youth and Unsafe Abortion." In preparation for the 2002 UN General Assembly Special Session on Children. New York: International Women's Health Coalition.
- International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. 2011. *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*. N. Haberland and D. Rogolo, eds. New York: Population Council.
- Ipas. 2013. *Sexual violence and unwanted pregnancy: Protecting the human rights of adolescent girls and young women*. Chapel Hill: Ipas.
- Jejeebhoy, S., I. Shah and S. Thapa. 2005. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jejeebhoy, S. J. and S. Bott. 2005. "Non-consensual sexual experiences of young people in developing countries: An overview." In S. Jejeebhoy, I. Shah and S. Thapa, eds. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jewkes, R., M. Nduna, J. Levin et al. 2008. "Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: Cluster Randomised Controlled Trial," *British Medical Journal*, 337: a506.
- Kanesathasan, A. et al. 2008. *Catalyzing Change: Improving Youth Sexual and Reproductive Health through DISHA, An Integrated Program in India*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Kavanaugh, M. et al. 2012. "Meeting the Contraceptive Needs of Teens and Young Adults: Youth-Friendly and Long-Acting Reversible Contraceptive Services in US Family Planning Facilities." *Journal of Adolescent Health*. 25(3): 284-292.
- Kavanaugh, M. L. et al. 2012a. "Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents and Young Adults: Patient and Provider Perspectives." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 26(2): 86-95.
- Kelly, J. and B. E. Kwast. 1993. Obstetric vesicovaginal fistulas: evaluation of failed repairs. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 4: 27-273.
- Ketting, E. and A. P. Visser. 1994. "Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained." *Patient Education and Counseling*. 23(3): 161-171.
- Kirby, D. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. Vol. 5, No. 3, pp. 18-27.
- Kirby, D. 2011. "The Impact of Sex Education on the Sexual Behaviour of Young People." Expert Paper 2011/12, Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Kirby, D., et al. 2006. *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Implementation Characteristics*. Scotts Valley, CA: ETR Associates.
- Kost, K. and S. Henshaw. 2013. *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2008: State Trends by Age, Race and Ethnicity*. New York: The Guttmacher Institute.
- Kothari, M. T., S. Wang, S. K. Head, and N. Abderrahim. 2012. *Trends in Adolescent Reproductive and Sexual Behaviors. DHS Comparative Reports No. 29*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Krug, E. G., L. L. Dahlberg, J. A. Mercy et al. 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kruger, D. et al. 2009. "Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile." IZA Discussion Paper No. 4552 SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1506304>. Bonn: IZA.
- Lloyd, C. 2006. *Schooling and Adolescent Behavior in Developing Countries*. New York: Population Council.
- Lloyd, C. B. 2010. "The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries," pp. 113-132, in World Health Organization, *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health. Informing future research and programme implications*, edited by Shawn Malarcher. Geneva: WHO.
- Lloyd, C. and B. S. Mensch. 2008. "Marriage and Childbirth as Factors in Dropping Out from School: An Analysis of DHS Data from Sub-Saharan Africa." *Population Studies* 62 (1): 1-13.
- Lloyd, C. and J. Young. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls*. New York: The Population Council.
- Maddux, J. E., and R. W. Rogers. 1983. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*. 19(5), 469-479.
- Marcus, R. and E. Page. 2013. "Anti-poverty activities in child protection interventions: An adapted systematic review." Draft publication.
- McFarlane, B. et al. 1994. "Abuse During Pregnancy: Effects of Maternal Complications and Birth Weight in Adult and Teenage Women." *Obstetrics and Gynecology*. 84:323-328.
- McQueston, K., R. Silverman, and A. Glassman. 2012. "Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions." Center for Global Development Working Paper 295. Washington, DC: Center for Global Development.
- Mekbib, T. and M. Molla. 2010. "Community based reproductive health (RH) intervention resulted in increasing age at marriage: the case of Berhane Hewan Project, in East Gojam zone, Amhara region, Ethiopia." *Ethiopian Journal of Reproductive Health* 4(1): 16-25.
- Mestad, R. et al. 2011. "Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project." *Contraception* 84(5): 493.
- Mgalla, Z., D. Schapink and J. Ties Boerma. 1998. "Protecting school girls against sexual exploitation: A guardian programme in Mwanza, Tanzania." *Reproductive Health Matters*, 7(12): 19-30.
- Mmari, K. N. and R. J. Magnani. 2003. "Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia." *Journal of Adolescent Health*. 33 (4): 259-270.

- Muleta M., S. Rasmussen, T. Kiserud. 2010. "Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 89(7): 945-51.
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. 2011. "Counting It Up. The Public Costs of Teen Childbearing." 2011. Washington DC.
- Newberger, E. H. et al. 1992. "Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcomes: Current Knowledge and Implications for Practice." *Journal of the American Medical Association*. 267: 2370-2372.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Document A/HRC/21/22. New York: United Nations. http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf [accessed 12 July 2013].
- Organisation for Economic Cooperation and Development. 2010. *Investing in Women and Girls: The breakthrough strategy for achieving all the MDGs*. Paris: OECD.
- Oringanje, C. et al. 2009. "Interventions for Preventing Unintended Pregnancies among Adolescents." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4.
- Panday, S., M. Makiwane, C. Ranchod, and T. Letsoalo. 2009. *Teenage Pregnancy in South Africa - With a Specific Focus on School-Going Learners*. Child, Youth, Family and Social Development, Human Sciences Research Council. Pretoria: Department of Basic Education.
- Pande, R. P. et al. 2006. *Improving the Reproductive Health of Married and Unmarried Youth in India: Evidence of Effectiveness and Costs from Community-Based Interventions*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Parker, C. 2005. *Adolescents and Emergency Contraceptive Pills in Developing Countries*. Family Health International Working Paper Series No. WP05-01. Durham, NC: Family Health International.
- Pathfinder International. 2011. *Prachar: Advancing Young People's Sexual and Reproductive Health and Rights in India*. New Delhi: Pathfinder International.
- Pattman, R. and F. Chege. 2003. "Finding Our Voices: Gendered and Sexual Identities and HIV/AIDS in Education." *Africa: Young Voices Series*, No. 1. Nairobi: UNICEF.
- Patton, George C. et al. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374 (9693): 881-892.
- Peacock, D. and A. Levack. 2004. "The men as partner program in South Africa: Reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health." *International Journal of Men's Health*. 3(3): 173-188.
- Perper K., K. Peterson, J. Manlove. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication 2010-01: Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention.
- Philliber, S. et al. 2002. "Preventing Pregnancy and Improving Health Care Access among Teenagers: An Evaluation of the Children's Aid Society—Carrera Program." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 34(5): 244-251.
- Population Council and UNFPA. 2013. *Good Practices: 2012 Competition, Adolescents & Youth*. www.popcouncil.org/projects/244_CreateOpportunitiesMayan.asp. New York: UNFPA.
- Presler-Marshall, E. and N. Jones. 2012. *Charting the Future: Empowering Girls to Prevent Early Pregnancy*. London: Overseas Development Institute and Save the Children.
- Promondo et al. 2010. *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A global toolkit for action*. New York: UNFPA.
- Pronyk, P. M., R. H. James, C. K. Julia et al. 2006. "Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial." *The Lancet*. 368(9551): 1973-83.
- Remez, L. et al. 2008. *Ensuring a Healthier Tomorrow in Central America: Protecting the Sexual and Reproductive Health of Today's Youth*. New York: Guttmacher Institute.
- Reynolds, H. W. et al. 2006. "Adolescents' Use of Maternal and Child Health Services in Developing Countries." *International Family Planning Perspectives* 32(1): 6-16.
- Rijken, Y. and G. C. Chilopora. "Urogenital and recto-vaginal fistulas in southern Malawi: a report on 407 patients." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 99 Suppl 1: S85-9.
- Rosenstock, J. R. et al. 2012. "Continuation of Reversible Contraception in Teenagers and Young Women." *Obstetrics and Gynecology*. 120(6): 1298-1305.
- Ross, D. A., J. Chagalucha, A.I.N. Obasi et al. 2007. "Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: A community-randomized trial." *AIDS* 21: 1943-1955.
- Saavedra, J. and S. Garcia. 2012. "Impacts of Conditional Cash Transfer Programs on Educational Outcomes in Developing Countries: A Meta-analysis." Rand Labor and Population Working Paper. Available from: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2012/RAND_WR921-1.pdf.
- Santelli, J. et al. 2006. "Abstinence and abstinence-only education: a review of US policies and programs." *Journal of Adolescent Health*. 38 (2006): 72-81.
- Save the Children. 2007. *Boys for Change: Moving towards gender equality*. Stockholm: Save the Children.
- Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Save the Children and UNFPA.
- Sedgh, G. et al. 2007. "Induced abortion: rates and trends worldwide." *The Lancet*. 370 (9595): 1338-1345.
- Sedgh, G. et al. 2012. "Induced abortion incidence and trends worldwide from 1995-2008." *The Lancet*. Vol. 379, Issue 9816, Feb. 2012. 625-632.
- Segeplan. 2010. *Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*. Guatemala City: Segeplan.
- Shah, I. H. and E. Ahman. 2012. "Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women." *Reproductive Health Matters*. 20(39): 169-173.
- Singh, S. and J. E. Darroch. 2012. *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services—Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and UNFPA. <http://www.Guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.
- Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF. 2011. *Monitoring the Situation of Children and Women: Multiple Indicator Cluster Survey: 2010*. Beograd: UNICEF. http://www.childinfo.org/files/MICS4_Serbia_FinalReport_Eng.pdf [accessed 16 July 2013].
- Stawski, H. 2012. "Enhancing Sexual and Reproductive Health and Well-Being of Young People: Building Common Ground between the United Nations and Faith-Based Development Partners." Electronic version only. <http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/publications/pid/12857;jsessionid=C1AE62A9FFCB626D0A72E5ECD3A69B9F.jahia01> [accessed 12 July 2013].

- Szalavitz, M. 2013. "Why New York's Latest Campaign to Lower Teen Pregnancy Could Backfire." Time.com. <http://healthland.time.com/2013/03/28/why-new-yorks-latest-campaign-to-lower-teen-pregnancy-could-backfire/> [accessed 30 June 2013].
- Tahzib, F. 1983. "Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 90(5): 387-91.
- Thomas, F. et al. 2001. "International Variability of Ages at Menarche and Menopause: Patterns and Main Determinants." *Human Biology*, Vol. 73, no. 2: 271-290.
- UNESCO. 2009. "International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers, and health educators." Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2013. "Schooling for Millions of Children Jeopardized by Reductions in Aid." Institute for Statistics Database. No. 25.
- UNFPA and the Population Council. n.d. "The Adolescent Experience In-depth Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People." http://www.unfpa.org/youth/dhs_adolescent_guides.html [accessed 9 September 2013].
- UNFPA. 2005. *State of World Population 2005: The Promise of Equality*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2007. *Giving Girls Today & Tomorrow*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality and Improved Sexual and Reproductive Health: A Report on an International Consultation to Review Current Evidence and Experience, Bogotá, Colombia*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011. "'School for Husbands' Encourages Nigerian Men to Improve the Health of their Families." New York: UNFPA. <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/7542#sthash.tTh8EcdZ> [accessed 13 July 2013].
- UNFPA. 2012. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *State of World Population 2012: By Choice, Not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012b. "Fact Sheet: Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health Needs. From Childhood to Womanhood." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012c. "Republic of Albania: Child Marriage." Tirana, Albania: UNFPA. <http://eeca.unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/ALBANIA%20-%20English.pdf> [accessed 16 July 2013].
- UNFPA. 2012d. "Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth: UNFPA Strategy on Adolescents and Youth." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013. "Adolescent Pregnancy. A review of the evidence." Population and Development Branch. Technical Division, Forthcoming October 2013. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013a. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013b. *Engaging Men and Boys: A Brief Summary of UNFPA Experience and Lessons Learned*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013c. "Good Practices—Adolescents and Youth: 2012 Competition." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013d. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review," 24 June 2013.
- UNFPA. 2013e. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013f. *The Future UNFPA Wants for All*. New York: UNFPA.
- UNICEF. 2006. *The State of the World's Children 2006*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2008. *Maternal and Newborn Health. State of the World's Children*. 2009. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2011. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2011a. "Child Marriage." UNICEF Information Sheet. http://www.unicef.org/india/Child_Marriage_Fact_Sheet_Nov2011_final.pdf [accessed 25 July 2013].
- UNICEF. 2012. *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. New York: UNICEF. http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_GLS_Web.pdf [accessed 25 July 2013].
- United Nations. 1948. Universal Declaration of Human Rights, adopted 10 December, 1948. New York: United Nations.
- United Nations. 1969. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (CERD). Entered into force 4 January 1969. New York: United Nations.
- United Nations. 1981. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW). Entered into force 3 September 1981. New York: United Nations.
- United Nations. 1990. Convention on the Rights of the Child (CRC). Entered into force 2 September 1990. New York: United Nations.
- United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. Cairo: United Nations.
- United Nations. 1999. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. New York: United Nations.
- United Nations. 2006. *Rights of the Child, Note by the Secretary-General, Sixty-first session of the United Nations General Assembly- Promotion and protection of the rights of children*. United Nations.
- United Nations. 2008. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Entered into force 3 May 2008.
- United Nations. 2011. *World Population Prospects: the 2010 Revision*. New York: United Nations. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- United Nations. 2011a. *World Fertility Report 2009*. New York: Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2012. *World Marriage Data 2012*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2012/MainFrame.html>. [accessed 15 July 2013].
- United Nations. 2013. *World Population Prospects: the 2012 Revision*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://esa.un.org/wpp/excel-data/fertility.htm> [accessed 16 July 2013].
- United Nations. 2013a. *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. New York: United Nations.
- United Nations Commission on Population and Development. 2012. 45th Session, Resolution 2012/1 *Adolescents and Youth*, 23-17 April 2012. New York: United Nations.
- United Nations Commission on the Status of Women. 2013. 57th Session, Agreed Conclusions, 4-15 March 2013. New York: United Nations.
- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2000. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12)*. New York: United Nations.

United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2009. *General comment no. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights* (art. 2, para. 2), para. 20. New York: United Nations.

United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 1994. *General recommendation no. 21: Equality in marriage and family relations*, para 21. New York: United Nations.

United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 2011. *L.C. v. Peru*. New York: United Nations.

United Nations Committee on the Elimination of Racial Discrimination. 2000. *General Recommendation 25: Gender related dimensions of racial discrimination*. New York: United Nations.

United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003. *General comment no. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. New York: United Nations.

United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003a. *CRC Comm. General Comment 3: HIV/AIDS and the Rights of the Child*. New York: United Nations.

United Nations Development Programme. 2011. Interim Report. *The Roma Pilot Project: Tools and Methods for Evaluation and Data Collection*. http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/SVK/00060975/UNDP_WB%20interim%20report%20II_2011_revised_F.doc [accessed 16 July 2013].

United Nations General Assembly. 1976. *International Covenant on Civil and Political Rights* (ICCPR). Entered into force 23 March 1976. New York: United Nations.

United Nations Human Rights Committee. 2000. *General Comment No. 28: Equality of rights between men and women (article 3)*. New York: United Nations.

United Nations Human Rights Committee. 2005. *K.L. v. Peru*. New York: United Nations

United Nations Human Rights Committee. 2011. *L.M.R. v Argentina*. New York: United Nations.

United Nations Human Rights Council. 2012. *Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights*, 21 September 2012. New York: United Nations.

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). 2012. *Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality*. New York: United Nations.

United Nations radio. 12 November 2010. "36,000 African women die annually from unsafe abortions."

United Nations Special Rapporteur on the Right to Health. 2011. Report to the Human Rights Council on the Criminalization of Sexual and Reproductive Rights, October 2011.

Verma, R. K., J. Pulerwitz, V. S. Mahendra et al. 2008. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. In: *Horizons Final Report*. New York: Population Council.

Winner, B. et al. 2012. "Effectiveness of long-acting reversible contraception." *New England Journal of Medicine*. 366(2): 1998-2007.

World Bank. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*, by Jad Chaaban and Wendy Cunningham.

World Bank. 2013. World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>. [accessed May 2013].

World Day of Prayer and Action for Children. n.d. <http://dayofprayerandaction.org/take-action> [accessed 1 July 2013].

World Health Organization. 2004. *Issues in Adolescent Health and Development*. WHO Discussion Papers on Adolescence. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2007. *Adolescent Pregnancy: Unmet Needs and Undone Deeds: A Review of the Literature and Programmes*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2008. *Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5?* Factsheet. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2008a. "Adolescent Pregnancy." *Making Pregnancy Safer (MPS)* Notes. 1(1). Geneva: WHO.

World Health Organization. 2009. *Constitution of the World Health Organization, 47th ed*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2009a. *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2011. *Guidelines for Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2011a. *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancies and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Pages 1-208. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf [accessed 1 April 2013].

World Health Organization. 2011b. *The sexual and reproductive health of younger adolescents: Research issues in developing countries*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2012. *Adolescent Pregnancy*. Fact Sheet 364. Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/index.html [accessed 25 June 2013].

World Health Organization. 2012a. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health System*. 2nd edition. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2012b. *Early Marriage, Adolescence, and Young Pregnancy*. Report by the Secretariat, 65th Health Assembly. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2012c. "Safe and Unsafe Abortion. Global and regional levels in 2008 and trends during 1995-2008". Information Sheet. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2013. *Adolescent development*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2013a. *Child Marriages: 39,000 every day*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2013b. "Maternal, newborn, child and adolescent health." Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/#.UdnrjThcdGw. email [accessed 7 July 2013].

World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2010. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: WHO.

World Health Organization and UNFPA. 2006. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva: WHO.

Wyrod, R. et al. 2011. "Beyond Sugar Daddies: Intergenerational Sex and AIDS in Urban Zimbabwe." *AIDS and Behavior*. 15(6): 1275-82.



**Создание во всем мире условий,
при которых каждая беременность стала
бы желанной, каждые роды – безопасными,
и все юноши и девушки могли бы полностью
реализовать свой потенциал**

**Фонд Организации Объединенных
Наций в области народонаселения**

605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 -212 297-5000

www.unfpa.org
©UNFPA 2013

ISBN 978-0-89714-014-0
R/700/2013

