счет им — один миллиард

UNFPA

народонаселение мира в 2003 году

инвестирование в здоровье и права подростков

народонаселение мира в 2003 году

счет им – один миллиард: инвестирование в здоровье и права подростков

Авторское право © ЮНФПА, 2003 год

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
Сорайа Ахмед Обейд, Директор-исполнитель

содержание

глава

1 жизнь подростков: общий обзор 1
- Введение 1
- Почему так важно репродуктивное здоровье? 2
- Репродуктивное здоровье подростков и нищета 3
- Меняющийся мир 5
- Образование и занятость 9
- Обеспечить лучшее будущее: капиталовложения в молодежь 13

2 неравенство мужчин и женщин и репродуктивное здоровье 15
- Вступление в брак в молодом и детском возрасте 16
- Изменение существующих норм, сложные проблемы 18
- Поддержка родителей и семьи 21
- Сексуальное насилие и сексуальная торговля 21
- Обрезание у женщин 22

3 вич/спид и подростки 25
- Факторы, способствующие инфицированию 25
- Региональные различия 28
- Воздействие СПИДа на молодых людей 29
- Социальный маркетинг противозачаточных средств 30
- Услуги по предупреждению и лечению ВИЧ/СПИДа 31

4 содействие формированию моделей здорового поведения 33
- Получение информации подростками 34
- Половое воспитание в школах 35
- Обучение и предоставление консультаций ровесниками 39
- Охват молодежи, не обучающейся в школе 41
- Средства массовой информации, развлечения и спорт 42

5 удовлетворение потребностей в услугах в области охраны репродуктивного здоровья 45
- Беременность в раннем возрасте 45
- Неудовлетворенные потребности в области планирования семьи 46
- «Ориентированные на молодежь» медицинские услуги 48
- Результаты программ 50

6 комплексные программы для подростков 53
- Проект, рассчитанный на девушек-подростков 53
- Африканский молодежный союз 54
- Инициатива в области охраны репродуктивного здоровья подростков 57
- Организация «Жерашау биз», Мозамбик 58
- Сеть «Кидаври» для формирования навыков у подростков 58
- Проблемы, связанные с координацией 59

7 подросткам – приоритетное внимание 61
- Сфера политики 61
- Программы по принципу прав человека 62
- Мобилизация поддержки общин 64
- Привлечение молодежи к разработке программ 64
- Ресурсы 66
- Цена бездействия 68

примечания 74

материалы для вставок 81

показатели
- Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели 82
- Демографические, социальные и экономические показатели 86
- Отдельные показатели для наименее населенных стран/территорий 90
- Примечания к показателям 92
- Техические примечания 93

диаграммы и таблицы
- Диаграмма 1 Численность подростков с разбивкой по регионам в 2003 и 2050 годах 2
- Диаграмма 2: Пик демографического окна возможностей с разбивкой по регионам. 6
- Таблица 1. Подростки, проживающие в городах, в процентном соотношении по половому и возрастному признаку. Избранные страны 7
- Диаграмма 3: Доля женщин (в %), родивших к 20-ти годам, в зависимости от уровня образования 9
- Таблица 2: Распределение уровней занятости подростков (в %) по возрасту, полу и регионам в 2000 году 10
- Таблица 3: Последствия недостаточного инвестирования в подростков 11
- Таблица 4: Численность молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, зараженных ВИЧ/СПИДом, с разбивкой по полу по состоянию на декабрь 2001 года 25
- Диаграмма 4: Новые инфекции ВИЧ в 2002 году с разбивкой по возрастным группам 36
- Диаграмма 5: Неудовлетворенные потребности и использование методов планирования семьи, возраст 15-19 лет, по регионам 47

фотографии и их авторы 96

редакционная коллегия 96

UNFPA

1 жизнь подростков: общий обзор

Введение

Самое многочисленное за всю историю поколение подростков – более 1,2 миллиардов человек - готовится вступить в пору зрелости в быстро изменяющемся мире. Их собственное будущее, как и будущее их стран, будет определяться уровнем их образования и состоянием здоровья, готовностью к роли и ответственности взрослого человека, поддержкой, которую они получают от своих семей, общин и правительств.

Почти половина всех живущих на земле людей – молодежь в возрасте до 25 лет. Это – самое многочисленное поколение молодежи за всю историю человечества. В докладе о народонаселении мира за 2000 год содержится анализ проблем и рисков, которые бросают вызов этому поколению, сказываясь самым непосредственным образом на его физическом, эмоциональном и психическом здоровье. Миллионы подростков и молодых людей ожидает сегодня перспектива раннего брака и деторождения, незавершенного образования и опасности заболевания ВИЧ/СПИДом. Половина новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией приходится на людей в возрасте от 15 до 24 лет. В докладе подчеркивается, что расширение знаний, возможностей, вариантов выбора и общественной активности молодежи позволит ей вести здоровую продуктивную жизнь, внося полновесный вклад в жизнь своих общин и в построение более стабильного и процветающего мира.

Сегодняшняя молодежь и подростки имеют различный жизненный опыт, обусловленный разнообразием политических, экономических, социальных и культурных реалий жизни их общин. И все же существует некая единая нить, которая пронизывает существование всего этого поколения это – надежда на лучшее будущее. Эта надежда получила новую поддержку, благодаря целям в области развития, выдвинутым в Декларации тысячелетия, которую лидеры мировых государств приняли в 2000 году, движимые стремлением добиться к 2015 году сокращения масштабов крайней нищеты и голода, замедления распространения ВИЧ/СПИДа, снижения материнской и детской смертности, обеспечения всеобщего начального образования и укрепления процесса устойчивого развития.

В числе установленных и принятых мировых сообществом прав человека есть такие, которые непосредственно касаются молодежи и подростков и стоящих перед ними выборов и рисков. Речь идет о гендерном равенстве, правах на образование и здравоохранение, включая информацию и услуги в области репродуктивного и полового здоровья, адаптированные к их возрасту, способности восприятия и условиям жизни. Действия по обеспечению этих прав могут принести колоссальные практические выгоды: расширение возможностей и прав индивида, сдерживание пандемии ВИЧ/СПИДа, сокращение масштабов нищеты и улучшение перспектив социально-экономического прогресса. Решение этих проблем представляет собой безотлагательную первоочередную задачу развития.

Капиталовложения в молодежь обернутся огромной прибылью для грядущих поколений. Бездействие же, с другой стороны, очень дорого обойдется индивиду, обществу и всему человечеству в целом.

В каждом регионе существует потребность в позитивном диалоге и большем взаимопонимании между родителями, семьями, общинами и правительствами относительно той сложной и деликатной ситуации, через которую проходят молодые люди и подростки. В докладе рассматриваются такие факторы, как изменение структуры и условий жизни семьи, стремительно меняющихся норм и стандартов общественного поведения, рост числа сирот и беспризорных детей, влияние урбанизации и миграции, вооруженные конфликты, недостаток образования и нехватка рабочих мест, сохраняющиеся явления дискриминации и насилия в отношении женщин.

> Инвестирование в охрану здоровья и защиту прав подростков весьма благоприятно скажется на последующих поколениях

Не меньше, чем в наставлении и совете, юноши и девушки нуждаются в отношениях, на которые они могли бы опереться, и в учреждениях, которые откликнулись бы на их нужды и тревоги. Согласованные и всесторонние меры по решению проблем, встающих перед подростками и молодежью, позволили бы правительствам исполнить свой долг и добиться осуществления международных целей в области развития, укрепив тем самым надежды самого многочисленного молодого поколения в истории человечества. Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения сотрудничает с широким кругом партнеров и с самими молодыми людьми, добиваясь того, чтобы забота о нуждах подростков и молодежи учитывала культурные особенности, будила инициативу на местах и отвечала международным стандартам в области прав человека.

Подростковость – это процесс роста. Наставление детей в процессе их взросления никогда не было и не будет делом одних только родителей. В традиционных сельских общинах этот переходный процесс регулируется и направляется большими семьями и утвердившейся системой иерархии и уваже-

ния к старшим. Но во всех развивающихся странах определенность сельских обычаев уступает место городской жизни, с ее возможностями и опасностями, индивидуальными свободами и более сложными социальными требованиями и рамками демографической поддержки.

В быстро меняющейся городской среде большую часть своих знаний о мире, о том, чего следует ожидать и как нужно себя вести, молодежь черпает у своих же сверстников и, чем дальше, тем больше, из средств массовой информации. Узловая дилемма современных подростков содержит в себе отражение той напряженности, которая возникает между родителями, которые склонны видеть в них детей, нуждающихся в защите, и внешним миром, который ставит перед ними те же требования, что и перед взрослыми.

Период с 10 до 19 лет богат переломными моментами. Когда и как молодые люди переживают их, в огромной степени зависит от условий, в которых они живут. В большинстве обществ сложилось ожидание, что в десять лет ребенок живет дома и ходит в школу, что он еще не достиг половой зрелости, не вступил в брак и никогда не работал. К своему двадцатилетию многие юноши заканчивают школу и покидают дом. Они уже ведут активную половую жизнь, вступают в брак и вливаются в ряды трудящихся.[1]

Хотя сравнительных исследований на этот счет и не много, можно, тем не менее, отметить, что внутри- и межобщественные различия наиболее отчетливо проявляются в подростковой среде, и обобщения в отношении подростков могут оказаться менее оправданными, чем в отношении других возрастных групп, ведь если некоторые общества с трудом признают сколько-нибудь длительный переход к зрелости, то в других подростковый возраст, похоже, тянется от позднего детства до двадцати с лишним лет.

Более того, наши систематические знания о подростках гораздо беднее, чем о других возрастных группах, а о младших подростках в возрасте 10-14 лет нам известно даже меньше, чем о старшей подростковой группе 15-19-летних ребят. Положение с информацией о молодежи начинает исправляться[2], но все же надежных данных о факторах, оказывающих наиболее сильное влияние на их жизнь: их сверстниках, семьях и общинах – пока что не много.

Политическое руководство, общины и семьи нуждаются в выработке стратегий, программ и наставлений для того, чтобы снабдить максимальное число молодых людей необходимыми средствами, которые помогут им стать полезными членами общества.

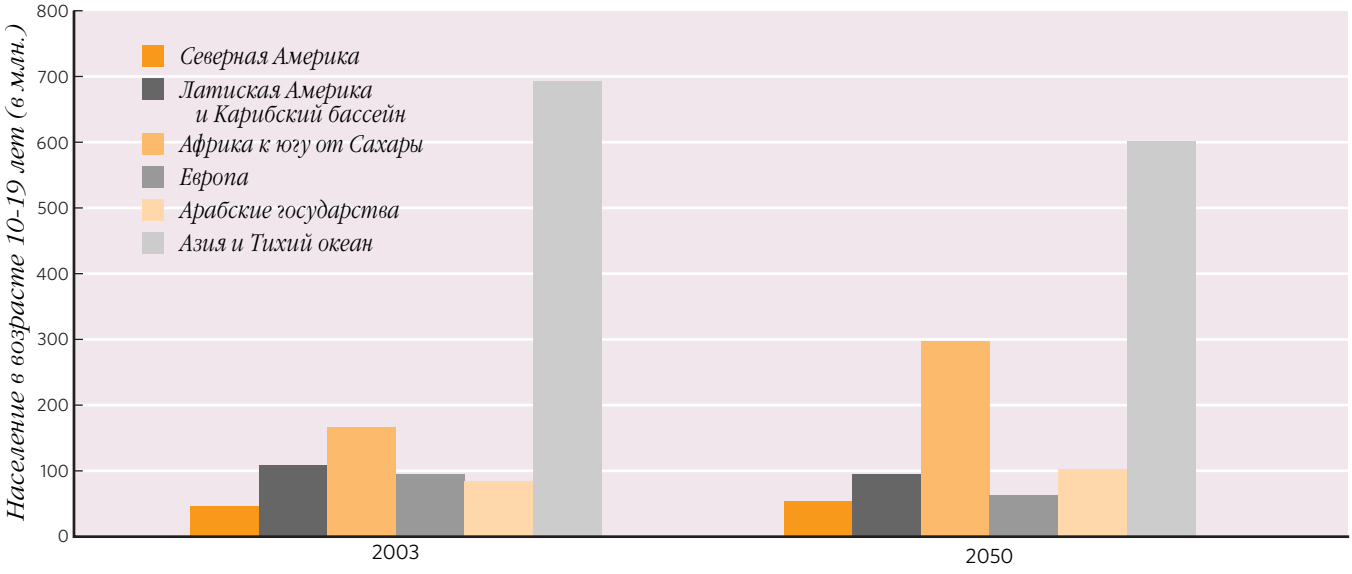
Почему так важно репродуктивное здоровье?

Половое и репродуктивное здоровье определяется международным сообществом как состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не просто как отсутствие болезни или бессилие во всем, что связано с репродуктивной системой, ее функциями и процессами.[3] Это – существенный компонент способности молодого человека стать разносторонним, ответственным и продуктивным членом общества.[4]

Последующие главы настоящего доклада содержат подробный обзор наиболее важных вопросов, связанных с обеспечением прав подростков и удовлетворением их потребностей в области полового и репродуктивного здоровья.

В главе 2 рассматривается гендерное неравенство в том, что касается ранних браков, добрачной половой жизни и насилия в отношении женщин и девушек. В главе 3 рассматривается ВИЧ/СПИД и влияние этого заболевания на молодежь. В главе 4 внимание сосредоточено на усилиях, направленных на то, чтобы повлиять на поведение подростков, снабжая их знаниями о половом и репродуктивном здоровье. В

Диаграмма 1: Численность подростков с разбивкой по регионам в 2003 и 2050 годах



Источник: Отдел народонаселения ООН

главе 5 обсуждаются проблемы предоставления молодежи услуг в области репродуктивного здоровья в форме, удобной для ее восприятия. В главе 6 содержатся примеры всесторонних программ, предназначенных для удовлетворения потребностей подростков в информации, услугах и профессиональном обучении. Наконец, в главе 6 дается картина необходимых политических преобразований и выгод от инвестирования в подростков, в том числе, и в охрану их полового и репродуктивного здоровья.

Репродуктивное здоровье нуждается в заботе на протяжении всей жизни. Репродуктивное здоровье матери сказывается на ее ребенке и состоянии его здоровья.

В процессе созревания мальчиков и девочек взрослые относятся к ним по-разному, и ожидания, которые складываются у них в отношении их поведения, также различны. Эти различия зачастую определяют весь их жизненный уклад, а многие из них связаны с сексуальным поведением или оказывают на него свое влияние. При всем разнообразии социальных условий девочки с детства прямо или косвенно настраиваются на ожидание для себя роли жены и матери, а мальчики – роли кормильца и главы семьи. Как у себя дома, так и вне его ребенок окружен определенными требованиями; дифференцированные гендерные ожидания сказываются на том, может ли ребенок ожидать для себя получения образования и в какой форме; на знакомстве юношей и девушек с вопросами пола, процессами ухаживания и вступления в брак; на знаниях и услугах в области репродуктивного здоровья до и после вступления в брак.

Нарушения репродуктивного здоровья старших подростков, включая нежелательную беременность, неквалифицированные аборты и инфекционные заболевания, передаваемые половым путем, могут быть отнесены на счет таких обстоятельств, как недостаток образования и возможностей, однако встречаются они во всех социальных группах. Важную роль здесь нередко играют дифференцированные гендерные ожидания и стереотипы, складывающиеся в детском и раннем подростковом возрасте.

Так, например, ожидание того, что молодой женщине следует самой заботиться о предохранении от беременности, давление, которые испытывает молодой человек, обязанный постоянно доказывать свою мужественность, агрессивно-покорное поведение, демонстрируемое многими молодыми людьми, являются результатами поведенческих стереотипов, прививаемых с раннего детства.

Эти темы порой бывает трудно обсуждать, и молодым людям нелегко задавать такие вопросы. Причиной или, по крайней мере, объяснением того, что общество мало говорит о половом и репродуктивном здоровье является отчасти нежелание самой молодежи делать эти проблемы предметом своего активного внимания. Но репродуктивное здоровье связано с их самыми настоятельными потребностями, такими как образование, трудоустройство, обретение прочного экономического положения, установление безопасных связей и, наконец, создание собственной семьи.

1 **ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЛОДЕЖИ** Термины «подростки», «молодежь» и «молодые люди» имеют хождение в самых разных обществах. Эти категории – там, где они, вообще, признаются – ассоциируются с различными ролями, обязанностями и возрастными параметрами, которые обусловлены местным контекстом.

Как явствует из настоящего доклада, ключевые моменты жизни – брак, начало половой жизни (первый сексуальный контакт), занятость, деторождение, вступление во взрослые организации, участие в политической жизни – в разных обществах наступают в разное время.

В докладе приводятся определения, широко используемые в различных демографических, политических и социальных контекстах.

- **Подростки**: 10-19 лет (младший подростковый возраст 10-14 лет; старший – 15-19 лет).
- **Юноши**: 15-24 года.
- **Молодые люди** (молодежь): 10-24 года.

Национальные программы и политические стратегии содержат порой иные подходы к возрастному делению. В Индии, например, молодежная политика охватывает людей в возрасте до 35 лет. На Ямайке в программах репродуктивного здоровья подростков для различных возрастных групп используются разные цели и методы (исходя из признания того, что интересы, трудовые навыки и потребности младших подростков не совпадают с таковыми у подростков старшего возраста). Во многих странах материалы, используемые в санитарно-гигиеническом воспитании, корректируются в зависимости от уровня обучения.

Учителя, духовные лидеры, работодатели, правительства и общины должны помогать родителям молодых людей и самим молодым людям, готовящимся принять на себя права и обязанности мира взрослых людей. Политические системы должны найти способ вовлечь молодежь в разработку и осуществление политических программ, которые оказывают формирующее воздействие на их жизнь. Оставшаяся часть этой главы посвящена краткому обзору ряда обстоятельств, которые ни в коем случае нельзя упускать из виду.

Репродуктивное здоровье подростков и нищета

Сокращение масштабов нищеты требует сдвигов в области решения задачи охраны репродуктивного здоровья подростков.

Ключом к прекращению наследования нищеты из поколения в поколение является просвещение. Но, как свидетельствуют исследования, именно малоимущие дети чаще всего склонны бросать учебу в школе.[5]

В результате они лишаются знаний в области репродуктивного здоровья и пола, которые преподаются в старших классах, и не имеют представления о том, где искать информацию по вопросам охраны здоровья.

Более бедные девушки чаще склонны рано вступать в брак.[6] Среди наиболее богатой прослойки, составляющей двадцать процентов населения, случаи вступления в брак до 18 лет относительно редки (в странах, где общенациональный показатель составляет 50%, в этой прослойке он не достигает и 30%). В Нигерии почти 80% девушек из беднейших

семей выходят замуж в возрасте до 18 лет, тогда как в наиболее богатых семьях их доля составляет лишь 22%.

Различия в показателях подростковой фертильности обуславливаются многими факторами, включая жизненные возможности, доступ к услугам, позицией производителя этих услуг, социально-культурными ожиданиями, гендерным неравенством, стремлением к образованию и экономическим уровнем. Разрыв между уровнями рождаемости в беднейших и наиболее зажиточных слоях является одним из самых высоких разностных показателей в области здравоохранения.[7] Раннее деторождение в беднейших семьях служит увековечению цикла наследственной нищеты.

Использование подростками современных контрацептивных средств находится в целом на низком уровне, но увеличивается по мере повышения экономического статуса. Менее, чем 5% беднейшей молодежи использует современные противозачаточные средства. Неравенство в доступе к методам планирования семьи ведет к росту вероятности нежелательной или несвоевременной беременности. (См. главу 2)

Чем беднее молодая женщина, тем меньше у нее шансов при родах получить помощь квалифицированного медицинского работника. Шансы же получить профессиональную медицинскую помощь при родах у самых богатых женщин от 2-х до 8-ми раз выше. Квалифицированная помощь важна для здоровья как матери, так и ребенка, особенно, когда роды проходят с осложнениями. Чем моложе мать, тем выше вероятность того, что у нее возникнут осложнения в течение беременности и во время родов. Кроме того, у бедняков меньше возможностей получить медицинский уход, необходимый для того, чтобы справиться с [неизбежными для них] большими рисками, связанными с беременностью и родами.

ВИЧ/СПИД – это болезнь, которая ассоциируется с нищетой. Бедным женщинам труднее других договориться о том, чтобы обезопасить секс, они скорее склонны соглашаться пойти с мужчиной в надежде на материальное вознаграждение. Эта социальная уязвимость усугубляется недостатком информации. У бедной женщины меньше возможностей узнать, что ВИЧ/СПИД передается половым путем.

НИЩЕТА И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РОСТ Число молодых людей в мире, живущих менее, чем на один доллар в день, составило в 2000 году приблизительно 238 миллионов человек, то есть почти четверть (22,5%) всей молодежи мира.[8] Почти 462 миллиона молодых людей живет менее, чем на два доллара в день. Наивысшая концентрация молодых людей, живущих в условиях нищеты, наблюдается в Юго-Восточной Азии (106 миллионов), далее следуют Африка к югу от Сахары (60 миллионов), Восточная Азия и Тихий океан (51 миллион) и Латинская Америка и Карибский бассейн (15 миллионов).

На одиннадцать крупнейших стран приходится 77 процентов 238-миллионного молодого населения, живущего в крайней нищете; речь идет об Индии, Китае, Нигерии, Пакистане, Бангладеш, Демократической республике Конго, Вьетнаме, Бразилии, Эфиопии, Индонезии и Мексике. Молодежная нищета тесно коррелирует также с национальной задолженностью.

2

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ – ЭТО ПРАВО ЧЕЛОВЕКА Состоявшаяся в 1994 году Международная конференция по народонаселению и развитию (МКНР) подчеркнула важность подросткового периода в жизни человека для состояния его полового и репродуктивного здоровья на протяжении всей его оставшейся жизни. Она также - впервые в контексте международного соглашения - признала, что здоровье подростков предъявляет свои, специфические требования, отличные от требований здоровья взрослого человека, и подчеркнула, что гендерное равенство является важным компонентом удовлетворения этих требований.

Программа действий МКНР настоятельно призывает правительства и системы здравоохранения создавать, расширять или адаптировать программы, предназначенные для удовлетворения потребностей репродуктивного и полового здоровья подростков, уважать право на конфиденциальность и тайну личной жизни, гарантировать, чтобы учреждения здравоохранения свей позицией не преграждали доступ подростков к информации и услугам. Она также призывает правительства снять все барьеры (законы, положения или социальные обычаи), изолирующие молодежь от информации, образования и услуг в области репродуктивного здоровья.

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи 1999 года МКНР+5 признала право подростков на самые высокие из доступных им стандартов здравоохранения и получение отвечающих требованиям, конкретных, удобных для потребления и доступных услуг по эффективному удовлетворению их нужд в области полового и репродуктивного здоровья, включая образование, информацию, консультирование в вопросах репродуктивного здоровья и стратегии пропаганды здоровья. [пункт 73.]

Статья 24 Конвенции о правах ребенка подтверждает, что дети имеют право на здоровье и медицинское обслуживание, отвечающие самым высоким стандартам, куда входят просвещение и услуги в области планирования семьи (право, признававшееся также и более ранними конвенциями и конференциями).

В июне 2003 года комитет ООН, который осуществляет контроль за соблюдением положений Конвенции, заявил: «Государства-участники должны обеспечить подросткам доступ к информации по проблемам пола и деторождения, включая вопросы планирования семьи и контрацепции, опасностей ранней беременности, предупреждения ВИЧ/СПИДа и профилактики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. Кроме того, государства-члены должны обеспечить доступ к соответствующей информации вне зависимости от семейного положения и предварительного согласия родителей или опекунов».

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации женщин (1979 года) поддерживает права женщина на информацию и услуги в области репродуктивного здоровья и равноправие в принятии репродуктивных решений и в вопросах полового здоровья. В 1999 году комитет по контролю за осуществлением этого договора настоятельно призвал государства, подписавшие Конвенцию, согласиться с тем, что всюду, где в тексте Конвенции используется термин «женщины» он подразумевает также девочек и девочек-подростков.

БЛАГОПРИЯТНАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ В то время как рост населения и неистребимая нищета развивающихся стран завязаны в порочный круг, многочисленность живущей в сегодняшнем мире молодежи открывает уникальную возможность [для выхода из него]. По мере снижения темпов рождаемости относительный вес населения в трудоспособном возрасте (от 15 до 60 лет) и населения в «иждевенческом» возрасте (от 0 до 15 и от 60 и старше) будет меняться в пользу первого. Благодаря этому открывается так называемое «демографическое окно».[9] При наличии достаточных инвестиций в здравоохранение и образование, а также благоприятной экономической политики и управления страны смогут мобилизовать свой молодежный потенциал и начать экономическую и социальную перестройку. Демографическое окно вновь закроется, когда произойдет очередное «старение» и увеличение «иждевенческой» прослойки населения.

Такие страны как Таиланд и Республика Корея уже воспользовались своим «демографическим окном» посредством инвестирования капитала в социальные программы, цель которых обеспечить резкий экономический подъем. Сегодня это окно открывается для большой группы стран, где в течение последних двух десятилетий резко упала рождаемость. Для наименее развитых стран с наиболее высоким уровнем рождаемости и самыми медленными темпами ее снижения это окно откроется не ранее 2050 года (Диаграмма 2).[10]

Огромные различия в возможностях существуют и внутри стран; доля иждевенцев выше всего в бедных семьях, на которые приходится самый высокий уровень рождаемости.[11] Перспективы развития сводятся на нет неизменно высокой рождаемостью в бедных семьях. Использование демографического окна требует инвестиций в обеспечение здравоохранения (включая охрану репродуктивного здоровья) и в образование для беднейших семей.

Во многих регионах и странах сегодняшние подростки войдут в возрастную группу трудоспособного населения в момент, когда демографический «бонус» достигнет своего пика. В число важнейших приоритетов поэтому должно выдвинуться инвестирование средств в их здоровье, образование и профессиональную подготовку; важнейшим приоритетом должно стать также создание политических условий, способствующих экономическому и социальному росту. В наименее развитых странах понадобятся еще более крупные инвестиции, чтобы повысить качество жизни и управления и ускорить демографический переход – раньше и шире распахнуть демографическое окно.

Меняющийся мир

В наследство подросткам достанется стремительно изменяющийся мир, который формируется под воздействием глобальных факторов, и среди них, в частности:

- Глобализация торговли, инвестиций и экономических отношений.

3 **ТЕМПЫ РОСТА НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ В БЕДНЕЙШИХ СТРАНАХ СНИЖАЮТСЯ, НО ВСЕ ЕЩЕ ОСТАЮТСЯ ВЫСОКИМИ** Согласно последним прогнозам Организации Объединенных Наций, сочетание снижения рождаемости и более высокой, чем ожидалось, смертности, связанной с ВИЧ/СПИДом, замедляет рост мирового народонаселения. «Но Прогноз мирового народонаселения: пересмотренные данные 2002 года» свидетельствует о том, что в беднейших странах мира прирост населения по-прежнему высок.

Население земного шара, составляющее сегодня 6,3 миллиарда человек, к 2050 году достигнет, согласно оценкам, 8,9 миллиардов человек. Почти весь 2,6-миллиардный прирост придется на долю развивающихся стран Африки, Азии и Латинской Америки.

Департамент народонаселения Организации Объединенных Наций каждые два года уточняет свои прогнозы, и составленный в 2002 году прогноз на 2050 год скорректирован в сторону уменьшения на 400 миллионов человек по сравнению с оценками 2000 года. Наполовину такое снижение оценок обусловлено ростом смертности, вызванной ВИЧ/СПИДом, а другая его половина является следствием снижения уровня рождаемости и уменьшения размеров семьи.

Из доклада Организации Объединенных Наций явствует, что инвестиции в программы охраны репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, способствовали сокращению рождаемости в развивающихся странах с шести детей на одну женщину в 1960 году до приблизительно трех сегодня. Дальнейшее снижение рождаемости будет зависеть от способности семейных пар во всем мире реализовать свое желание иметь семью меньшего размера.

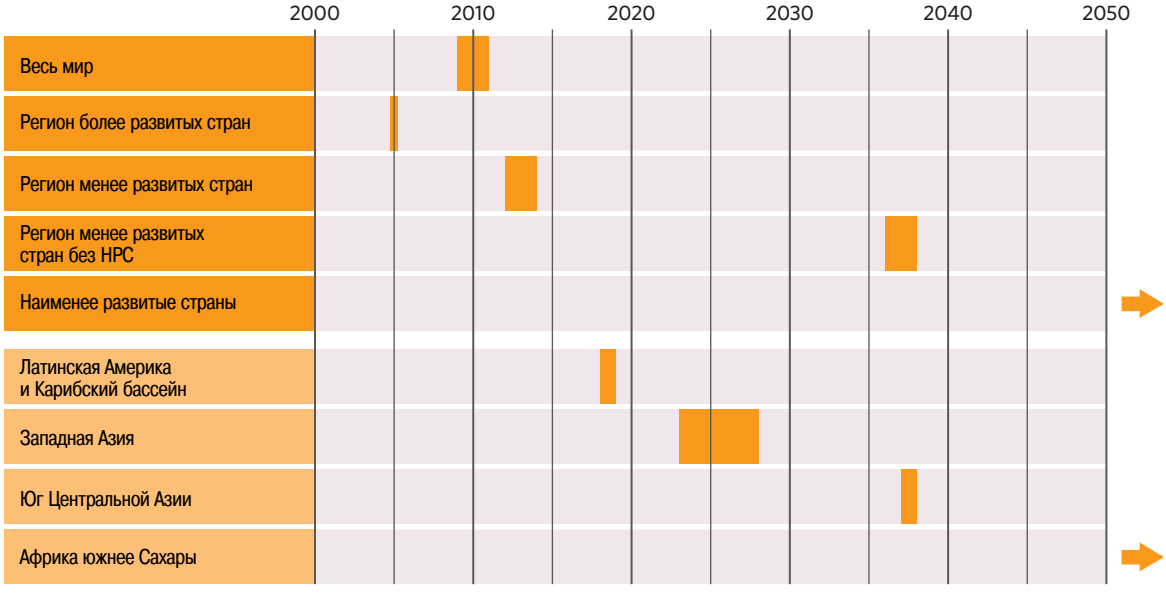
Продолжение инвестирования в эту область играет кардинальную роль. Департамент народонаселения отмечает, что если женщины в среднем станут рожать хотя бы на 0,5 ребенка больше, чем предусмотрено в его «наиболее вероятном» сценарии, население земного шара вырастет к 2050 году до 10,6 миллиардов человек.

Беспрецедентное число – 1,2 миллиарда – живущих сегодня подростков, как следствие высокого уровня рождаемости одно поколение тому назад – будет гарантией роста населения на протяжении десятилетий, даже при условии уменьшения размеров семьи. Доля подросткового населения со временем, естественно, уменьшится, но на протяжении следующих 50 лет общее число подростков будет сохраняться в пределах 1,2 – 1,3 миллиардов человек. Поэтому ключевым фактором замедления темпов роста населения должно стать обеспечение молодым женщинам возможности откладывать рождение ребенка и увеличивать интервал между деторождениями.

Медленнее всего темпы роста населения и рождаемость снижаются в развивающихся странах. Согласно прогнозам, население 49 наименее развитых стран вырастет к 2050 году с сегодняшних 668 миллионов до 1,7 миллиарда человек, а их доля в подростковом населении земного шара возрастет с 14 до 25,6 процента. Доля стран Африки южнее Сахары увеличится с 14 до 24,6 процента.

Повышение прогнозируемого уровня смертности, вызванной СПИДом, является результатом более тщательной оценки масштабов этой эпидемии в отдельных странах и указывает на острую необходимость увеличения расходов на профилактику и лечение ВИЧ/СПИДа.

Диаграмма 2: Пик демографического окна возможностей с разбивкой по регионам.



- Средства массовой информации и развитие молодежной культуры.
- Методы управления и изоляция некоторых социальных групп.
- Децентрализация процесса принятия решений.
- Изменение характера работы, требующее новых умений и способностей.
- Урбанизация и миграция.
- Новые и возвращающиеся заболевания, особенно ВИЧ/СПИД.
- Изменение структуры семейных отношений и взаимное отдаление членов семьи.
- Торговля запрещенными наркотическими веществами и людьми.
- Конфликты и социальные взрывы.

Политические, социальные и экономические перемены и возникающие под их воздействием социальные проблемы сказываются на отношениях между родителями и детьми, на отношении к родительскому авторитету и на учреждениях, обслуживающих интересы подростков. В разных странах, да и в масштабах одной страны различия в условиях жизни молодых людей очень велики. Ниже рассматриваются некоторые из аспектов этих различий.

ИЗМЕНЕНИЯ В СЕМЬЕ И В УСЛОВИЯХ ЖИЗНИ Во многих общественных укладах отношения отцов и детей традиционно были составной частью разветвленной сети семейных отношений. Но миграция, новые ценности и представления, нищета, раздробленность семей и влияние ВИЧ/СПИДа уменьшили степень опоры на большое семейство, особенно в городах. В результате возрастают требования, предъявляемые родителям, которые, в то же время, лишаются систем поддержки.

Многие молодые люди воспитываются при отсутствии одного, а то и обоих родителей и не могут рассчитывать на поддержку своих семей. Анализ данных обзоров, выборочно проведенных в ряде стран в конце 1990-х годов,[12] показывает, что доля младших подростков в возрасте от 10 до 14 лет, не живущих ни с одним из родителей, колебалась от 3 процентов в Иордании до 13 процентов в Никарагуа, а в некоторых африканских странах она достигала 20 процентов, причем жертвами такой ситуации чаще оказывались девочки, чем мальчики. Те, кто жил с одним из родителей (в большинстве стран чаще с матерью, чем с отцом), составляли от 10 процентов в Иордании до 32 процентов в Никарагуа. Несмотря на скудость данных о разнице между городскими и сельскими районами, известно, что в Эфиопии 60 процентов младших подростков, проживающих в сельской местности, жили под одной крышей с обоими родителями, тогда как в городских районах их доля составила 41 процент для девочек и 47 процентов для мальчиков.

СИРОТЫ И БЕСПРИЗОРНЫЕ ДЕТИ Потеря одного из родителей резко меняет жизнь подростка, заставляя его либо стать во главе семьи, либо идти на улицу. Нищета, политические и межэтнические конфликты еще больше усугубляют эту ситуацию.

К настоящему моменту СПИД оставил сиротами, как минимум, 13 миллионов детей в возрасте до 15 лет. Согласно прогнозам к 2010 году общее число детей, осиротевших в результате этой эпидемии с момента ее начала, вырастет более,

чем в два раза.[13] До того, как разразилась эпидемия СПИДа, доля сирот в развивающихся странах составляла 2 процента. Сегодня в десяти странах субсахарского региона – Ботсване, Бурунди, Замбии, Зимбабве, Лесото, Малави, Мозамбике, Руанде, Свазиленде и Центрально-Африканской республике – сиротами стали более 15 процентов детей в возрасте до 15 лет.[14]

Есть немало других причин, заставляющих подростков искать пристанища на улице. В результате войн и чрезвычайных ситуаций гражданского характера рушатся дома и разваливаются семьи.[15] Детей гонит из дому крайняя нищета, насилие или пьянство в семье, конфликты с родственниками. Причиной бегства может стать физическое или психологическое издевательство, отставание в учебе, нарушения психики и проблемы поведения, скука, отсутствие возможностей или неудовлетворенность отношениями со сверстниками.[16]

По глобальным оценкам число беспризорных детей колеблется от 100 миллионов – причем половина из них в Латинской Америке[17] – до 250 миллионов.[18] Эта цифра быстро растет, и детей младшего возраста среди беспризорников сегодня больше, чем когда-либо ранее.[19]

На Филиппинах, например, в 1991 году сообщалось о 220 859 беспризорниках, а в 1999 – уже о 1,5 миллионах.[20] В развивающихся странах среди беспризорников могут быть дети и восьми лет, в то время как в развитых странах они чаще всего старше 12 лет.[21] В Азии беспризорные дети – это гораздо чаще мальчики, чем девочки. Девочки среди уличных детей встречаются реже, возможно, в силу того, что они меньше бегут из семей или оставляются семьями; или потому, что девочек чаще подбирают государственные службы или лишают свободы и подвергают эксплуатации.

В силу шаткости своего жилищного и экономического положения и отсутствия доступа к учреждениям социальных услуг, бездомные молодые люди нередко страдают от недоедания, слабого здоровья, наркомании, сексуального насилия и подверженности заболеванию ВИЧ/СПИДом.[22] Будучи, согласно господствующим представлениям, «слишком большими» для усыновления, бездомные подростки составляют одну из подгрупп, наименее охваченных усилиями по реабилитации и по борьбе с ВИЧ-инфекцией.[23] В уличных подростках нередко видят угрозу порядку, что делает их объектом насилия со стороны как правоохранительных органов, так и самозванных блюстителей порядка.

Таблица 1. Подростки, проживающие в городах, в процентном соотношении по половому и возрастному признаку. Избранные страны

	Девочки		Мальчики	
	10-14	15-19	10-14	15-19
Чад (1996-1997)	22	23	23	29
Того (1998)	34	44	28	34
Боливия (1998)	61	75	60	69
Никарагуа (1998)	58	62	55	60
Филиппины (1998)	45	57	45	51
Кыргызстан (1997)	26	29	25	26

Источник: Совет по народонаселению

4

РАБОТА С БЕСПРИЗОРНОЙ МОЛОДЕЖЬЮ Группа «El Caracol» (Улитка) в Мексике ведет работу среди беспризорной молодежи в возрасте 15-23 лет. Уличные пропагандисты входят в контакт с молодыми людьми, устраивают для них презентации, посвященные проблемам ВИЧ/СПИДа, использования наркотиков и другим медицинским и социальным проблемам, а затем работают с молодыми людьми, помогая им осознать свои собственные потребности. «Улитка» имеет свой ресторан, типографию и кролиководческую ферму, где беспризорные подростки работают в качестве интернов или учеников. Программа подготовки к заработку средств существования наделяет ее участников весьма значительной свободой и ответственностью. Штатные сотрудники работают с молодыми людьми, чтобы сформировать у них новое представление о себе, помочь им избавиться от самоидентификации как «беспризорников».

В Непале проект «Благополучие ребенка» работает в трущобах Похара и предоставляет в распоряжение молодежи медицинскую клинику и центр профессионального обучения и реинтеграции. Его осуществление началось в 2002 году с работы с бывшими наркоманами и девушками на продажу. Учащиеся в течение трех лет получают профессиональную подготовку, а также изучают математику, естественные науки, английский и непальский языки. Программа улучшает самооценку, предоставляет возможность научиться оказывать первую помощь и социальные услуги, чтобы сделать беспризорную молодежь независимой, а также оказывает текущую консультативную помощь молодым людям, перенесшим психологические травмы.

УРБАНИЗАЦИЯ И МИГРАЦИЯ Меняется облик сельской местности, малые города превращаются в большие, большие города продолжают расти. В наименее развитых странах урбанизация представляет собой особо важный фактор влияния. Под воздействием открывающихся возможностей, экономических лишений или экологических бедствий, являющихся в равной степени следствием недостатка капиталовложений в развитие сельских районов и нерадивости управления ресурсами, люди начинают мигрировать.[24]

Опыт городской жизни открывает перед молодежью новые возможности, но одновременно подвергает их новым рискам. Мигранты-подростки продолжают оставаться в высшей степени уязвимой и зачастую труднодоступной группой во всех сферах своей жизни.

Молодые люди могут переезжать вместе с семьей или отдельно от нее в поисках работы или образования. Информации о причинах миграции подростков очень мало, и многое приходится выводить на основании косвенных данных. Так, например, по данным, полученным от Того в 1998 году, в городах проживало 34 процента девочек в возрасте от 10 до 14 лет и только 28 процентов мальчиков, а для возрастной группы 15-19 лет этот разрыв возрастал, и девочек уже было 44

процента, а мальчиков – 34 процента.[25] Это позволяет предположить, что города Того предлагают – или создают впечатление, что предлагают – девочкам более широкие возможности в области образования или экономики (Таблица 1). Аналогичная картина наблюдается в Боливии и на Филиппинах.

Опыт миграции из сельской местности в города весьма разнообразен. Во многих развивающихся странах работа в качестве домашней прислуги является одним из основных источников дохода для девушек и молодых женщин в городской местности. Текстильные предприятия в городах Бангладеш предоставили молодым женщинам-мигрантам беспрецедентные возможности заработать деньги, скопить приданное и отложить вступление в брак; их опыт по большей части был положительным.[26] Напротив, в Нигерии молодые женщины обучающиеся швейному делу, в силу своего подчиненного статуса на рабочем месте и отрыва от семьи, очень часто становятся объектом сексуального принуждения.[27]

Молодые женщины часто мигрируют в города или за рубеж, чтобы жить с семьей мужа. Это может делаться и не по собственной воле, если женщина бедна или не имеет родителей.[28]

В Таиланде большинство мигрантов составляет молодежь в возрасте 15-19 лет, и эти молодые люди, по их словам, испытывают трудности, живя в городе, и очень редко у кого из них есть взрослые, которые могут помочь им с их проблемами.[29]

Исследование международных мигрантов, возвращающихся в Мексику из Соединенных Штатов Америки (где, по оценкам, работает 8 миллионов мексиканцев), выявило, что 24 процента из них моложе 25 лет.[30] Восемьдесят процентов этих молодых людей нашли работу в Соединенных Штатах, и почти все из них в возрасте 12-17 лет нашли ее в промышленности или в сфере услуг.

ДЕТИ И ВОЙНА Конфликты 1990-х годов принесли смерть почти двум миллионам детей. Шесть миллионов получили серьезные ранения или на всю жизнь остались инвалидами.[31] В 2000 году, согласно оценкам, 300 000 детей-солдат участвовало в 30 конфликтах в разных концах земли.[32]

Каждый день 5000 детей превращаются в беженцев и один из каждых 230 жителей земли – это ребенок или подросток, вынужденный покинуть свой дом.[33] После более, чем двадцати лет военных действий в Афганистане сотни тысяч подростков бежали в Пакистан; нищенские доходы их семей и отсутствие возможности учиться заставляют этих молодых людей трудиться в качестве ковровщиков, мусорщиков, рабочих кирпичных заводов, домашней прислуги и даже торговцев наркотиками.[34]

5

СЬЕРРА-ЛЕОНЕ: ПОСЛЕВОЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ И ПОДРОСТКИ По данным исследования 2002 года, в котором Женская комиссия по делам беженцев-женщин и детей опиралась на подростков, в качестве и основных интервьюеров, и респондентов, спустя несколько лет после гражданской войны, в Сьерра-Леоне неподдающееся учету число молодых людей и подростков, в особенности девушек, продолжает нищенствовать, сиротствовать и нередко подвергаться сексуальной эксплуатации, оставаясь в стороне от восстановительной деятельности.

Во время завершившегося в 1999 году конфликта молодежь, сражавшаяся по обе его стороны, оказалась одновременно в рядах и насильников, и жертв насилия. Молодым людям, вступавшим в вооруженную борьбу на их стороне, полевые командиры обещали часть имеющихся в Сьерра-Леоне запасов алмазов, но затем отказывались выдавать юным бойцам обещанную плату, систематически нарушая их права человека. Когда началось послевоенное восстановление, молодые люди были отстранены от участия в политическом процессе, оставшись без работы, без образования и без доступа к медицинским услугам.

В Сьерра-Леоне отсутствуют медицинские учреждения, доступные и приспособленные для обслуживания подростков, большинство из которых даже не знает, что такое санитарное просвещение.

Многие молодые люди говорят, что не верят в существование заболеваний, предающихся половым путем, включая ВИЧ/СПИД.

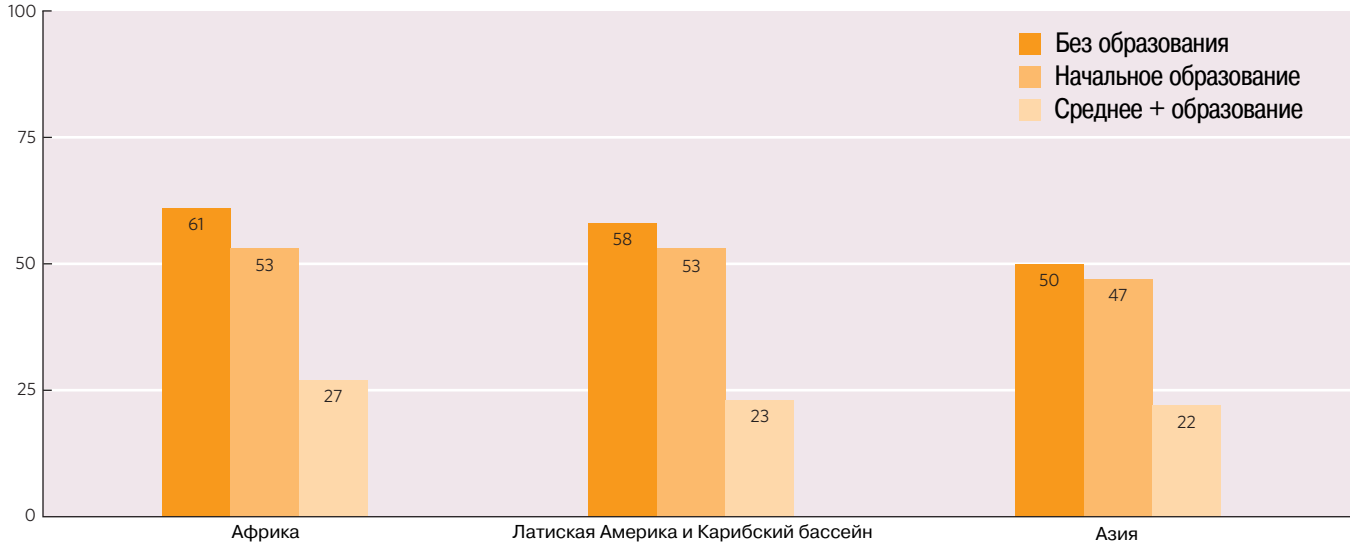
Значительная часть осиротевших подростков становится на путь преступления, употребления наркотиков и беспризорной жизни. Под давлением экономических факторов или по настоянию родителей девочки и молодые женщины зачастую вынуждены вступать в ранний брак или заниматься оказанием сексуальных услуг, в результате чего они подвергаются новым психическим, эмоциональным и сексуальным травмам – и риску заразиться заболеваниями, передающимся половым путем, включая ВИЧ/СПИД – так же, как это было во время войны, когда случаи изнасилования были повсеместным явлением. Последние инициативы по борьбе с насилием в отношении женщин игнорируются и никаких мер по их осуществлению не принимается.

Недоверие подростков к взрослым и правительству в сочетании с отстранением взрослыми молодежи от усилий по восстановлению страны препятствует процессу интеграции и поддержания мира.

Разнообразные организации, занимающиеся охраной детства, предлагают помощь в восстановлении Сьерра-Леоне и в защите прав ребенка, но поддержка носит разрозненный характер и часто бывает так, что возникает соперничество за те или иные комплекты помощи, адресованные уязвимым группам населения. Многочисленные правительственные департаменты, занимающиеся различными сторонами обеспечения благополучия детей, действуют несогласованно. А у молодежных организаций не хватает средств для того, чтобы добиться участия в политическом процессе.

В исследовании, проведенном молодежью, высказывается рекомендация о внесении изменений в национальную политическую стратегию и законодательную базу с тем, чтобы лучше защитить детей, подростков и молодежь, одновременно вовлекая молодых людей в выработку политики, ее осуществление и обеспечение соблюдения ее положений. Отмечая нехватку образования, как наиболее острую проблему, стоящую перед молодежью, оно призывает уделить больше внимания образованию и профессиональному обучению. В нем подчеркивается, что гендерное равенство и репродуктивное здоровье имеют исключительно важное значение, и содержится настоятельный призыв к действиям, направленным на борьбу с сексуальным и физическим насилием за обеспечение женщинам возможности получения образования.

Диаграмма 3: Доля женщин (в %), родивших к 20-ти годам, в зависимости от уровня образования



Источник: Отдел народонаселения ООН

В 1998 году в Демократической республике Конго и Афганистане дети с 13 лет принудительно набирались в вооруженные силы.[35] В 1999 году ангольскими вооруженными силами на уличных рынках устраивались облавы на группы молодых людей. В Мьянме в армию принудительно набирали школьников, не достигших призывного возраста. В Сальвадоре, Эфиопии и Уганде треть всех малолетних солдат составляют девочки.

Образование и занятость

Возможности получения образования и трудоустройства непосредственно и остро сказываются на качестве жизни человека, включая его здоровье и перспективы развития. Они особенно важны для репродуктивного и полового здоровья и прав девочек-подростков. Они позволяют девочкам и молодым женщинам расширить свой кругозор и понимание самих себя, повысить самооценку, приобрести профессиональное мастерство и заработать на жизнь. Они также дают им шанс установить отношения со сверстниками и взрослыми людьми за пределами семьи, приобретя в их лице потенциально важный источник информации,[36] который может открыть для них иные возможности, помимо раннего брака и деторождения.

ШКОЛА И ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО Большинство молодых людей имеет ту или иную возможность получить школьное образование, однако в целом картина здесь складывается весьма пестрая: 115 миллионов детей в настоящее время не посещают начальную школу, 57 процентов из них – девочки;[37] 57 миллионов молодых людей и 96 миллионов молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет в развивающихся странах не умеют читать и писать.[38] Неграмотность лишает молодых людей широкого спектра возможностей.

Однако есть и отрадные сдвиги. Согласно данным ЮНЕСКО, девочки и женщины во всех регионах получают доступ к образованию, сокращая отставание от мальчиков и мужчин.[39] Инициатива Организации Объединенных Наций в области образования для девочек, старт которой был дан в 2000 году, направлена на ускорение прогресса в области образования посредством координации и сосредоточения финансовых и нефинансовых ресурсов, принадлежащих многочисленным организациям, включая правительства, НПО, и учреждения системы ООН, на организации широкой кампании пропаганды образования для девочек и оказании поддержки странам, которые просят о помощи. Около 90 стран участвуют в движении за достижение глобальных целей ликвидации к 2015 году гендерного неравенства в начальной школе.[40] Однако в периоды конфликтов, социальных кризисов и стихийных бедствий число детей, не охваченных школьным образованием, вновь возрастает.[41] Разница показателей в области пост-начального образования, в бедных странах сократилось, но по-прежнему остается значительной. В некоторых странах процент мальчиков, оставивших школу, выше, чем девочек, а количество мальчиков, поступающих в школу, уменьшилось. Экономические спады и застои могут помешать дальнейшему прогрессу.

Во многих развивающихся странах обучение в средней школе продолжает менее половины всех детей. Статистика образования обнаруживает резкое сокращение посещаемости школы девочками, окончившими начальную школу.[42] Продолжительность посещения школы девушками по достижении ими 18-летнего возраста в среднем меньше на 4,4 года, чем у юношей.[43]

Учителя неосознанно или сознательно способствуют обострению этой проблемы. Так, например, исследование, проведенное в Кении, показало, что учителя унижают дево-

чек в классе, усиливая их ощущение собственной чужеродности в школе.[44] Учителя мирятся с тем, что мальчики обижают девочек, и кроме того, у них понижен уровень ожиданий в отношении академической успеваемости девочек. Некоторые учителя признают, что предпочтительнее относятся к мальчикам и что нередко поручают девочкам физические работы, например, уборку классного помещения, давая в то же время мальчикам задания, связанные с учебной программой.

При наступлении у девочек менструаций, или менархе, их часто забирают из школы, держат дома и в целом более строго контролируют их контакты.[45] Данные, указывающие на прямую связь между менархе и прекращением учебы, получить трудно, но антропологических свидетельств более, чем достаточно. От Южной Индии до Мексики и оттуда до Египта девочек держат под строгим надзором, значительно ограничивая их мобильность, поскольку считается, что они подвержены опасности добрачной беременности, что идет вразрез с социальными нормами.[46]

Раннее вступление в первый брак и рождение ребенка более широко распространены среди женщин с более низким уровнем образования.[47]

С повышением уровня образования рождаемость снижается. В региональном масштабе наиболее резкие перепады отмечаются в Африке, Западной Азии и Латинской Америке и Карибском бассейне, где женщины со средним или высшим образованием в среднем рожают на протяжении жизни на три ребенка менее, чем те, что не имеют образования. По мере общего сокращения размеров семьи эти различия становятся менее очевидными.

Таблица 2. Распределение уровней занятости подростков (в %) по возрасту, полу и регионам в 2000 году[55]

Регион	Девушки		Юноши	
	10-14	15-19	10-14	15-19
Восточная Африка	35	62	38	66
Центральная Африка	26	53	29	60
Северная Африка	6	21	11	41
Южная Африка	2	35	3	40
Западная Африка	21	44	31	60
Карибский бассейн	7	23	13	39
Центральная Америка	4	30	9	54
Южная Америка	7	34	11	55
Восточная Азия	0	49	7	51
Юго-Восточная Азия	9	43	10	47
Юг Центральной Азии	13	35	14	52
Западная Азия	4	25	5	41
Австралия и Новая Зеландия	0	52	0	53
Европа в целом	0	25	0	30
Западная Европа	0	23	0	27
Южная Европа	0	23	0	29
Северная Европа	0	41	0	44
Восточная Европа	0	23	0	27
Меланезия	13	49	17	59
Северная Америка	0	38	0	41

Источник: Международная организация труда

МОЛОДЕЖЬ И ЗАНЯТОСТЬ В 2000 году в мире насчитывалось, по оценкам, 352 миллиона детей в возрасте от 5 до 17 лет, принадлежащих к экономически активному населению, из них 246 миллионов трудилось нелегально и около 171 миллиона работало в опасных условиях.[48]

Несмотря на законы, запрещающие детский труд, в 2000 году насчитывалось около 186 миллионов работающих детей в возрасте до 15 лет;[49] сюда входят 138 миллионов детей в возрасте от 10 до 14 лет, – около четверти общего числа – большинство из которых было занято на несельскохозяйственных работах.[50] Наибольшее число работников, не достигших 15-летнего возраста, насчитывалось в Азии – 127,3 миллиона человек, за ней следует Африка южнее Сахары – 48 миллионов человек и Латинская Америка и Карибский бассейн – 17,4 миллиона человек.[51]

Согласно оценкам в 2000 году трудовой деятельностью был занят 141 миллион или 42 процента подростков в возрасте от 15 до 17 лет.[52]

Уровень безработицы среди молодежи высок – 56 процентов в Южной Африке, 34 процента на Ямайке и, как минимум, вдвое выше, чем в среднем среди взрослого населения почти во всех странах мира.[53] Во многих развивающихся странах дискриминация по половому признаку в области образования и трудоустройства создает более высокий уровень безработицы среди молодых женщин.[54] Отсутствие образования сужает перспективы многих молодых людей, особенно женщин, ищущих работу, сводя их к низкооплачиваемому, а зачастую и опасному труду в качестве домашней прислуги, сельскохозяйственных или заводских рабочих.

СОВМЕЩЕНИЕ РАБОТЫ И ОБРАЗОВАНИЯ Из числа экономически активных детей и подростков половина занята полный рабочий день, другая половина сочетает работу и учебу.[56] Многие молодые люди более склонны усматривать в работе не препятствие для образования или угрозу для здоровья и безопасности, а позитивную стратегию выживания для себя и для своих семей, путь к средствам обеспечения своего будущего и вступлению в этап ответственной зрелости. Работа может обеспечить женщину собственными средствами и расширить возможности выбора ею времени и партнера для вступления в брак.

Влияние совмещения работы и учебы на будущие заработки и жизненные возможности исследовано мало. Исследование, проведенное в Бразилии, дало противоречивые результаты. Раннее начало трудовой деятельности в некоторых профессиях таких, как гражданское строительство, ремесла или коммерция, улучшало долгосрочные перспективы

Таблица 3. Последствия недостаточного инвестирования в подростков

Последствия недостаточного инвестирования в дело защиты репродуктивного здоровья подростков, их репродуктивных прав и права на развитие			
Последствия для репродуктивного здоровья	**Содействующие факторы**	**Последствия для личности**	**Последствия для семьи, общества и национального развития**
Ранняя беременность и деторождение	▪ ранний брак ▪ нищета (стимулирует раннюю беременность /ранний брак, выступающий в качестве гарантии экономической и личной безопасности) ▪ дискриминация по половому признаку / низкая оценка девочек / ощущение своей идентичности и [постороннего] контроля / статус, основанный на роли жены, матери; низкая самооценка ▪ недостаток информации, образования, консультаций и услуг по предупреждению беременности; отсутствие информации о рисках беременности в слишком раннем возрасте ▪ неумение договариваться об использовании контрацептивов, о решениях, касающихся деторождения или откладывания беременности, под давлением гендерных, возрастных и социально-культурных ожиданий ▪ отсутствие репродуктивных прав	▪ риски осложнений, проистекающих от беременности (препятствия прохождению плода, послеродовые свищи, анемия / кровотечение, смерть) ▪ прекращение посещения школы ▪ обедненный выбор вариантов трудоустройства и заработка ▪ нищета ▪ слишком большая и слишком ранняя ответственность и груз забот, связанные с рождением ребенка, для существующего уровня психологического и социально-экономического развития ▪ ущемленный потенциал саморазвития	▪ **более высокая материнская и детская заболеваемость и смертность** ▪ более высокие расходы на медицинские услуги ▪ более высокие расходы на социальное обеспечение, особенно, когда речь идет о матерях-одиночках или родивших вне брака ▪ **ухудшение перспектив искоренения нищеты** (исходя из того, что уровень образования матери является ключевым условием разрыва цепочки наследования нищеты) ▪ **менее квалифицированный человеческий капитал для социально-экономического развития, менее квалифицированная рабочая сила, более низкие доходы** ▪ рост зависимости молодых матерей от кормильцев мужского пола (даже если они склонны к грубому обращению), связанный с сохраняющимся гендерным неравенством, и невозможность для женщины полностью воспользоваться своими правами человека ▪ увеличение темпов роста населения, **уменьшение демографического «бонуса»**
Нежелательная беременность	▪ отсутствие репродуктивных прав ▪ малый доступ к информации о контрацептивах, образованию, консультациям и услугам ▪ мифы и ложные представления о беременности и безопасности использования контрацептивов ▪ гендерные отношения – «беременность – это забота женщины»; безответственное отношение мужчин к предотвращению беременности и ее последствиям; гендерные стереотипы – девушке не дано умение договариваться и настаивать на своем; ожидание от девушки покорности и невежества ▪ сексуальное насилие ▪ насильственные половые связи и насильственная беременность как средство ведения войны ▪ нищета (меньшее время учебы в школе или большее время вне школы; меньший доступ к информации и услугам или к просвещению в вопросах пола, девочки меньше знают о своем собственном теле)	▪ обращение за абортами, в том числе, неквалифицированными (с высокими рисками для здоровья и жизни матери) ▪ одиночное и ранее материнство ▪ увеличение размеров семьи сверх желания супругов ▪ снижение шансов на саморазвитие и повышение квалификации в целях избавления от нищеты	▪ **уменьшение инвестиций в потребности и развитие ребенка** ▪ **усиление гендерного неравенства – утрата социально-экономических возможностей и возможности полного использования потенциала женщины для целей развития** ▪ увеличение темпов роста населения

Последствия недостаточного инвестирования в дело защиты репродуктивного здоровья подростков, их репродуктивных прав и права на развитие

Последствия для репродуктивного здоровья	Содействующие факторы	Последствия для личности	Последствия для семьи, общества и национального развития
Сексуальное принуждение, насилие и эксплуатация	▪ дети и подростки, особенно девочки, подвергаются сексуальному принуждению и инцесту – к молчанию их вынуждают страх, необразованность, маргинализация, отсутствие защиты и социальные нормы и табу ▪ нищета (ложные обещания увеличения их собственных доходов и доходов их семьи) ▪ высокая доходность сексуальной торговли и рабства; ограниченность применения законодательства, коррупция и т.д.; отсутствие защиты для рабынь или девушек, которым угрожает рабство ▪ конфликты и постконфликтные ситуации (рост сексуальных надругательств и изнасилований в результате разрушения такни социальных и семейных отношений) ▪ низкий статус девушек и молодых женщин; низкая самооценка; власть мужчин и социокультурное санкционирование полового насилия	▪ психологические, физические и эмоциональные травмы ▪ нежелательная беременность, неквалифицированные аборты, зпп/вич/спид ▪ ограниченная способность к установлению доверительных отношений, интимности, сексуальным отношениям; большая вероятность повторения насильственных отношений ▪ снижение уровня свободы, включая свободу передвижения, жизнь в условиях страха и насилия	▪ сохранение гендерного насилия, сексуальное насилие над детьми и подростками (нарушение универсальных ценностей и человеческих прав, связанных с уважением достоинства человека, его личной и физической неприкосновенности, свободы и самоопределения и основных репродуктивных прав) ▪ рост приемлемости насилия ▪ снижение успеваемости в учебных заведениях, увеличение числа прогулов работы, снижение производительности труда и потеря предпринимательских доходов ▪ рост преступности, ослабление законопорядка, рост коррупции (в результате сексуальной торговли) ▪ экономический спад ▪ **замедление прогресса в борьбе с ВИЧ/СПИДом**
ЗППП/ ВИЧ/СПИД	▪ отсутствие информации о безопасном сексе ▪ дискриминация по половому признаку / отсутствие права на принятие решений ▪ отсутствие доступа к методам предохранения ▪ сексуальное принуждение, насилие и эксплуатация ▪ нищета (ведет к совершению половых актов за вознаграждение и между представителями разных поколений) ▪ многочисленные половые партнеры	▪ преждевременная смерть или ограничение потенциала саморазвития ▪ дискриминация и стигматизация ▪ обнищание ▪ бесплодие ▪ заболевание раком матки или иные осложнения (sequelae), наступающие вследствие несмертельных инфекционных заболеваний ▪ сиротство ▪ разрушение родственных связей	▪ падение производительности труда и потеря инвестиций ▪ отчаяние и моральное разложение ▪ сбои в функционировании системы сельскохозяйственного производства, здравоохранения, образования и др ▪ **развал социальных и экономических систем** ▪ перегрузка системы здравоохранения
Неполная занятость	▪ вялость процесса создания рабочих мест ▪ низкий уровень предпринимательского мастерства ▪ изоляция от социально-экономических процессов ▪ дискриминация по половому признаку ▪ дискриминация по половому признаку при трудоустройстве и оплате труда, а также непризнанный труд	▪ недостаток квалификации ▪ опасная эксплуатация ▪ детский труд и сексуальная эксплуатация, совершение полового акта за вознаграждение ▪ нищета	▪ ущерб национальной стабильности и безопасности ▪ **снижение темпов экономического роста и социального развития** ▪ усиление маргинализации ▪ низкая социальная мобильность ▪ слабое здоровье, плохое питание и образование
Низкая гражданская и общественная активность	▪ отсутствие учреждений, создаваемых для вовлечения молодежи в общественную жизнь ▪ ограничения на мобильность девушек и гендерная сегрегация ▪ изоляция от процессов социально-политической жизни	▪ отсутствие возможностей участия в жизни общества и выражения своих чаяний ▪ неспособность использовать демократические институты	▪ бесправная молодежь, как один из источников гражданских волнений ▪ отсутствие вклада молодежи в разработку политики и программ ▪ недостаток социальной и политической терпимости

Примечание: пункты, выделенные заглавными буквами, отражают проблемы, поднятые целями в области развития, выдвинутыми в Декларации тысячелетия.

молодых людей, но в то же время снижало уровень будущих доходов, и прежде всего потому, что работа мешала получению образования. Занятие девочек в качестве домашней прислуги приносило им некоторые выгоды, но резко ограничивало их возможности.[57] По мере повышения требований к профессиональному мастерству для получения более высокооплачиваемой работы, все сложнее становится достичь компромисса. Кроме того, молодые женщины, начавшие трудиться в подростковом возрасте, впоследствии рожают больше детей.[58]

Другая проблема стратегического характера связана с большим числом подростков, которые не работают, не посещают школу и не женаты или не замужем. Условия жизни этих молодых людей трудно поддаются выявлению, с ними не легко вступить контакт. В Пакистане, например, около 12 процентов мальчиков в возрасте 10-14 лет не выступают ни в одной из упомянутых ролей, а их доля среди 15-19-летних увеличивается до 15 процентов. Среди 10-14-летних девочек 30 процентов, а среди девушек в возрасте 15-19 лет 45 процентов занято «ничегонеделаньем».[59]

Обеспечить лучшее будущее: капиталовложения в молодежь

Вовлечение подростков в процесс общественного развития представляет собой задачу, которая остается нерешенной для многих стран. Широкомасштабные социальные сдвиги увеличивают продолжительность периода, отделяющего физическое созревание от принятия на себя социальных ролей взрослого человека. Социальные институты должны настроить свою работу на обеспечение полновесного участия молодежи в общественной жизни, поскольку она в самых разнообразных обстоятельствах доказала свою способность быть динамичным творцом перемен.

Подростковый период жизни нельзя отрицать, но и нельзя рассматривать его как период «межвременья». Выборы, которые совершает молодой человек, цели, которые он ставит перед собой, и возможности, которые ему предлагаются – это не просто подготовительные шаги: они представляют собой наполненную смыслом и значением часть его жизни. Выбор, совершаемый молодым человеком, выводит его на путь, который может обернуться во благо или во вред ему самому, его семье, друзьям и окружающим. Но при этом предлагаемые подростку информация, возможности, средства и поддержка, необходимые для того, чтобы целенаправленно влиять на его выбор, не адекватны этой цели.

Во многих случаях имеются в наличии как юридические рамки, так и административные механизмы для предоставления молодежи важнейших услуг таких, как профессиональная ориентация, образование и здравоохранение, включая информацию и услуги в области репродуктивного здоровья. Проблема чаще заключается в осуществлении политической линии, чем в ее разработке.

Инвестиции в молодежь должны носить стратегический характер. Отдача будет щедрой (см. главу 7). Неадекватные капиталовложения сужают возможности и подвергают молодежь ненужным рискам. Различные виды дефицита возможностей усугубляют друг друга.

Но, с другой стороны, и инвестиции в охрану здоровья молодежи, ее образование и трудоустройство, содействие ее включению в политическую и общественную жизнь, уменьшение рисков, которым она подвергается, - все это также имеет усиливающий эффект, способствуя осуществлению широкого спектра прав человека и целей в области развития. Это безусловно справедливо по отношению к инвестициям в предупреждение ранних браков и оказание помощи подросткам в избежании ранней и нежелательной беременности, принуждения к сексуальным отношениям, рискованного материнства и заболеваний, передающихся половым путем, включая ВИЧ/СПИД.

В настоящем докладе приводятся примеры работающих методик, как отправной точки для размышления, адаптации и совершенствования.

6 **ПРИЗНАНИЕ «ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ ПОТЕНЦИАЛА ПОДРОСТКОВ»** В Конвенции о правах ребенка отмечается обязанность правительства гарантировать права всех детей в возрасте до 18 лет, включая право на личную жизнь (статья 16) и информацию «независимо от границ» (статья 13). Все страны, за исключением трех (Соединенные Штаты Америки, Тимор-Лешти и Сомали) приняли эту Конвенцию.

Конвенция признает также, что способность детей принимать важные решения, в том числе решения, касающиеся их здоровья, укрепляется по мере того, как они становятся старше и приобретают необходимый опыт. В статье 5 к правительствам обращен призыв соблюдать права и обязанности родителей, опекунов и расширенных семей или общин (если это соответствует местным традициям) и содействовать детям в осуществлении их прав «в соответствии с формирующимся потенциалом ребенка».

Аналогичным образом на МКНР была отмечена необходимость балансировать обязанности и права родителей или опекунов с учетом «формирующегося потенциала подростков» (этот термин используется не в Конвенции, а в Программе действий МКНР).

«Дети, не способные принимать решения [Примечание: это юридический термин, обозначающий неспособность или отсутствие зрелости], имеют право на защиту и помощь, которую могут оказать родители или опекуны», – утверждают юристы Ребекка Кук и Бернард Дикенс. Однако концепция «формирующегося потенциала» предусматривает также значительную степень самостоятельности. Они утверждают, что политика, предусматривающая отношение к «взрослым, как к детям, может унизить человеческое достоинство». Законы, якобы направленные на защиту подростков, например, законы, лишающие их возможности использования противозачаточных средств без согласия родителей, могут создать угрозу их здоровью, а также могут нарушить Конвенцию и другие договоры в области прав человека.

2 неравенство мужчин и женщин и репродуктивное здоровье

Для многих миллионов молодых людей подростковый возраст — это крайне важный переходный период, когда юноши и девушки приобретают жизненный опыт, учась в школе, проходя производственную подготовку на рабочих местах, участвуя в производственной и общинной деятельности и мероприятиях молодежных групп и налаживая отношения друг с другом. Кроме того, в подростковые годы большинство людей получают первый сексуальный опыт.

Вместе с тем подростки узнают социальные и гендерные нормы, существующие в их общинах; некоторые из них получают информацию об охране своего здоровья и защите своих прав, а некоторые не имеют ее. Девочки сталкиваются с особыми проблемами, которые включают в себя ограниченную независимость и мобильность, неравенство возможностей в плане получения образования и работы, вступление в брак под давлением и начало деторождения в раннем возрасте, а также неравные отношения, ограничивающие их контроль в отношении сексуальной и репродуктивной жизни.

РАСПРОСТРАНЯЮЩАЯСЯ ДИСКРИМИНАЦИЯ Во многих странах мира семьи и общество по-разному относятся к девочкам и мальчикам, при этом девочки сталкиваются со значительно большими лишениями, имеют меньше возможностей и в охрану их здоровья[1], питание[2] и образование[3], вкладывается значительно меньше средств. Дискриминация по признаку пола характерна для подросткового возраста и часто она продолжается на протяжении всей жизни.

Существующие гендерные нормы также ограничивают доступ девушек в плане получения образования и работы. Узаконенное правовое неравенство лежит в основе законов, не допускающих, чтобы земля, деньги и другие экономические ресурсы принадлежали девочкам и женщинам[4], ограничивая при этом возможности отмены дискриминации и создавая благоприятные условия для насилия и эксплуатация по половому признаку[5]. Результатом неравенства в отношениях между женщинами и мужчинами являются такие явления, как физическое насилие и нарушение прав человека. Наиболее распространенные из них — это вступление в брак в молодом или детском возрасте, сексуальная торговля, сексуальное насилие, сексуальное принуждение и обрезание у женщин.

Недавно заключенные международные соглашения, изменение законов и политики стран, научные исследования

7 **ПРАВА, НАРУШАЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЫ ВСТУПЛЕНИЯ В БРАК В МОЛОДОМ ИЛИ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ** Вступление в брак девушек в молодом возрасте подрывает ряд прав, гарантированных Конвенцией о правах ребенка:

- право на образование (статья 28);
- право на защиту от всех форм физического или психологического насилия, увечий и домогательства, включая сексуальное домогательство (статья 29) и от всех форм сексуальной эксплуатации (статья 34);
- право пользоваться наивысшими стандартами охраны здоровья (статья 24);
- право на получение информации и указаний, касающихся образования (статья 28);
- право искать, получать и передавать информацию и идеи и делиться ими (статья 13);
- право на отдых и досуг и свободное участие в культурной жизни (статья 31);
- право не быть отделенными от своих родителей по их воле (статья 9);
- право на защиту от всех форм эксплуатации, воздействующей на любой аспект благополучия детей (статья 36).

и многие программы недвусмысленно направлены на борьбу против дискриминации девочек и женщин, и это способствует изменению ценностей, увековечивающих гендерное неравенство.

Вступление в брак в молодом и детском возрасте

Несмотря на то, что во многих странах сформировалась тенденция к вступлению в брак в более позднем возрасте (см. ниже), в настоящее время 82 миллиона девочек в возрасте 10–17 лет в развивающихся странах выйдут замуж до того, как им исполнится 18 лет[6]. В некоторых странах большинство девочек по-прежнему выходят замуж в возрасте до 18 лет: 60 процентов — в Непале, 76 процентов — в Нигере и 50 процентов — в Индии.[7]

К числу факторов, способствующих заключению брака в раннем возрасте, относятся нищета, желание родителей обеспечить, чтобы их дети вели половую жизнь в браке, отсутствие возможностей для получения образования или работы для девочек, чувство того, что «наибольшую ценность» девочки представляют как жены и матери, а также такая практика, как приданое. Семьи и общины могут оказывать весьма сильное давление на девочек в плане вступления в брак.

Возраст вступления в брак в какой-либо культуре отражает структуру семейной жизни и те возможности, которые имеют молодые мужчины и женщины, берущие на себя обязанности взрослых людей[8].

Ранний брак нарушает многие права человека девочек и серьезно повышает опасность, связанную со здоровьем и возможностями девочек и младенцев.

УВЕЛИЧЕНИЕ ВОЗРАСТА ВСТУПЛЕНИЯ В БРАК За последние 30 лет процентная доля браков, заключенных с женщинами в возрасте от 10 до 20 лет, значительно сократилась[9]. Наиболее ощутимым это сокращение было в Африке, и оно составляло более 0,75 процента в год. В Южной и Юго-Восточной Азии и в арабских государствах показатель такого сокращения был заметным и составил 0,5 процента в год.

Хотя начало половой жизни и брак в раннем возрасте в большей мере характерны для женщин с более низким уровнем образования[10], повышение показателя поступления в учебные заведения не в полной мере объясняет вступление в брак в более позднем возрасте. Этому способствуют также такие факторы, как уменьшение количества сводных браков, изменение законов о браке[11], расширение масштабов урбанизации и изменение норм, связанных с вступлением в брак в раннем возрасте.

МУЖЧИНЫ ВСТУПАЮТ В БРАК В БОЛЕЕ ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ Различия в возрасте вступления в брак мужчин и женщин (а также в том, как принимается решение о браке и о типе брака) могут оказать существенное воздействие на баланс в отношениях между супругами и на близость их партнерских отношений. Мужчины вступают в брак значительно позже, чем женщины[12]. В Центральной Африке и Юго-Центральной Азии женатые мужчины в возрасте от 15 до 19 лет составляют 5 процентов от числа лиц мужского пола этого возраста[13]. В развитых странах в раннем возрасте женятся менее 1 процента мужчин[14]. В противоположность этому более четверти женщин в возрасте от 15 до 19 лет в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, и в Южной и Центральной Азии (в некоторых странах более половины)[15] состоят в браке.

Во всех субрегионах развивающихся стран от 9 до 40 процентов мужчин вступили в брак к 20–24 годам по сравнению с 24 и 75 процентами женщин той же возрастной группы[16]. В нескольких субрегионах Африки и Азии 65 или более процентов женщин в возрасте от 20 до 24 лет замужем[17].

Возрастная разница супругов в разных регионах неодинакова, при этом наименьшая разница (менее 3 лет) отмечена в Латинской Америке, большей части Океании и в более развитых регионах. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, эта разница составляет более 6 лет. Чем моложе вступающая в брак девушка, тем больше мо-

8 **АФГАНСКИЕ ПОДРОСТКИ ВЫСТУПАЮТ ПРОТИВ РАННИХ БРАКОВ** На проведенном в 2003 году в Афганистане форуме по теме «Всемирный день народонаселения» девушки-подростки заявили, что они выступают за более позднее вступление в брак, с тем чтобы можно было продолжить образование. «Если мои родители попытаются силой заставить меня выйти замуж, я откажусь», – заявила 16–летняя Зохал, и ее поддержали все участники форума. Афганские подростки заслушали заявление руководителей правительства о том, что ранние браки не позволяют девочкам возможности продолжать образование и создают угрозу для их здоровья. Такая откровенность в стране, где свято чтутся консервативные традиции, где за выходящих замуж дочерей дается приданое, а ранняя беременность способствует повышению показателей материнской смертности, является редкостью.

Зохал хочет поступить в университет и изучать экономику. Она хотела бы, чтобы все афганские девочки могли ходить в школу. «За 20 лет войны в нашей стране накопилось немало проблем», – добавляет Зохал. «Нам нужны хорошие врачи для оказания помощи людям. Нам нужны школы; во многих деревнях школ нет. Для развития Афганистана требуются грамотные люди. Девочки должны заканчивать учебу. Они обладают правами человека». Заместитель министра здравоохранения Афганистана, заместитель Министра по делам женщин, Генеральный директор Управления по ликвидации неграмотности и руководитель Отделения ЮНФПА в Афганистане подчеркнули важное значение таких аспектов, как обучение девочек, охрана их здоровья и более позднее вступление в брак и деторождение.

жет быть разница в возрасте с ее супругом, и в 16 странах Африки к югу от Сахары мужья, состоящие в браке с женщинами в возрасте 15–16 лет, в среднем на 10 лет старше своих жен[18]. Такие возрастные различия отражают сложившиеся стереотипы, связанные со способностью мужчин зарабатывать деньги, фертильностью женщин и балансом силы в семье в пользу мужчины по сравнению с женщинами.

Для многих девушек брак (и сексуальный опыт) начинается в молодом возрасте, при этом родители выбирают для них мужей значительно старше их по возрасту; часто бывает так, что они знакомятся со своими мужьями только в день свадьбы.

ПРЕРВАННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В развивающихся странах молодые женщины, выходящие замуж в подростковом возрасте, лишаются многого из того, что в других странах молодые люди воспринимают как должное: образования, хорошего здоровья и доступа к медицинским услугам, экономических возможностей и права общаться со своими сверстниками. Ранние браки почти неизбежно прерывают образование, что сужает возможности для будущей самостоятельности в плане работы.

Вышедшие замуж молодые женщины редко посещают школу (часто в силу законов или сложившейся в школе практики), а девочки, не обучающиеся в школах, редко общаются со своими сверстниками или теми, кто не является их родственниками[19].

Проведенное в Бангладеш исследование показывает, что сложившаяся установка относительно того, что мужья должны получить лучшее образование, чем жены, заставляет родителей проявлять беспокойство в отношении того, чтобы их дочери не получили хорошего образования, и забирают их из школ[20]. Однако увеличение численности детей, посещающих школы, способствует более позднему вступлению в брак: в Индии и Пакистане, например, более продолжительное обучение в школе непосредственным образом способствовало сокращению числа вступающих в брак девочек в возрасте до 14 лет[21].

Последствия раннего вступления в брак для сексуального и репродуктивного здоровья и прав девочек-подростков носят крайне неблагоприятный характер (см. главу 4). Увеличивается вероятность их заражения болезнями, передаваемыми половым путем, и ВИЧ. Как правило, вышедшие замуж девушки не могут обсуждать вопрос об использовании противозачаточных средств или отказываться от половой связи и, как правило, мужья старше их и имеют более богатый сексуальный опыт, а кроме того, велика вероятность того, что они имеют позитивную реакцию на ВИЧ[22]. В проведенном недавно в Кении и Замбии исследовании отмечается, что у вышедших замуж девушек больше шансов иметь позитивную реакцию на ВИЧ, чем у их незамужних сверстниц.[23]

Часто молодые замужние женщины не могут обращаться за медицинскими услугами без разрешения своих мужей или других членов семьи, и, как правило, они не могут оплачивать медицинские услуги самостоятельно, а кроме того, периодически они могут испытывать депрессию. Вместе с тем мужья и семьи часто оказывают сильное давление на молодых жен, чтобы они рожали вскоре после вступления в брак, что повышает риск материнской смерти или увечья и препятствует усилиям предотвратить болезни, передаваемые половым путем, или ВИЧ на основе регулярного использования противозачаточных средств. Нередко раннее деторождение сопровождается такими факторами, как высокие показатели нищеты, низкий уровень образования, недостаточная мобильность и дефицит квалифицированных акушерок[24].

Кроме того, относительное отсутствие авторитета девушек-подростков часто вызвано насилием в браке, что, в свою очередь, связано с нежелательной беременностью и болезнями, передаваемыми половым путем[25]. У выходящих замуж девочек или девушек-подростков нет возможности для того, чтобы уйти от своих мужей, и многие из них живут изолированно, не имея возможности получить необходимую социальную или правовую поддержку для улучшения своего положения.

БОЛЕЕ ПОЗДНЕЕ ВСТУПЛЕНИЕ В БРАК Во многих странах раннее деторождение вызывает серьезную озабоченность у учреждений сферы здравоохранения. Попытки отложить

9 **ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ ПОДРОСТКОВ** Организация «Пэтфайндер» в Бангладеш разработала программу для молодоженов, целью которой является оказание поддержки молодым парам в планировании семьи, переносе рождения первого ребенка на более поздний срок, регулирование периода между родами и оказании дородовой помощи. В ходе проведенной оценки было установлено, что недавно вышедшие замуж женщины редко покидают дом и что они утверждают, что после вступления в брак их жизнь стала хуже, так как была ограничена их свобода. В противоположность этому молодые женатые мужчины имеют значительно более широкие возможности общения в обществе и проводят значительную часть своего времени вне семьи.

У молодых супружеских пар имеется немало вопросов, касающихся половой жизни. Сотрудники этой программы оказывают важное воздействие на принятие ими решений. Необходимо проделать дополнительную работу, с тем чтобы уменьшить препятствия, с которыми сталкиваются молодые женщины в поисках медицинских услуг и информации.

замужество на более поздний срок и увеличить возраст женщин, рожающих первого ребенка, включают в себя усилия по обеспечению выполнения существующих законов, расширению образования, привлечению девушек к участию в спортивных состязаниях и организации профессиональной подготовки.

Правительство Китая прилагало усилия, направленные на то, чтобы в значительной степени сократить число ранних браков, заключаемых по воле родителей[26]. В сотрудничестве с ЮНФПА правительство Непала организовало учебные курсы для взрослого населения, на которых рассматриваются вопросы о вреде, наносимом ранним вступлением в брак, а кроме того, были подготовлены материалы, рекомендующие родителям откладывать возраст вступления их дочерей в брак до 20 лет[27].

В одном из округов в Раджастане в Северной Индии была проведена просветительская кампания, для населения, в ходе которой семьям рекомендовалось откладывать помолвки на более поздний срок, так как часто эти помолвки совершались, когда девочкам было 7 или 8 лет и они переезжали в семьи своих «женихов»[28]. В Южной Индии НПО «Мирада» организовала в одной из общин детские группы, на которых рассматривались вопросы о браке детей и рабском труде[29]. Общаясь с родителями и другими взрослыми, детям удалось убедить некоторых предпринимателей освободить детей от рабства, а родителей перенести на более поздний срок вступление в брак их дочерей.

Создание возможностей для девочек продолжить свое образование или зарабатывать деньги является еще одной стратегией, способствующей вступлению в брак в более позднем возрасте, расширению возможностей и формированию необходимых навыков. Чайная промышленность Бангладеш приняла меры для того, чтобы увеличить период до выхода женщин замуж, обеспечив молодых женщин работой[30]. Кроме того, программа выплаты стипендий для учащихся девочек средних школ, предусматривавшая, что они не должны выходить замуж до окончания обучения, была настолько успешной, что правительство приняло решение о ее осуществлении на национальном уровне[31]. Эта программа непосредственным образом способствовала вступлению в брак в более позднем возрасте[32]. В районах, где осуществлялся этот проект, в период с 1994 по 2001 год число принятых в школы девушек увеличилось более чем в два раза[33].

Несколько штатов Индии также разработали долгосрочные программы инвестиций, предусматривающие предоставление женщинам денежных средств или подарков по завершении определенного уровня обучения, если они не выходили замуж[34]. В 90–е годы в странах Восточной Европы и Балтийских государствах благодаря увеличению числа детей, обучающихся в школе, резко сократились показатели подростковой фертильности[35].

Изменение существующих норм, сложные проблемы

В некоторых регионах мира возраст вступления в брак увеличивается, возраст полового созревания уменьшается[36], а «сексуальный дебют» происходит раньше, в результате чего период, когда женщины и мужчины подвергают свое здоровье опасности, увеличивается.

Часто на молодых женщин оказывается давление и они вынуждены соглашаться на «рискованное сексуальное поведение», а молодых людей поощряют брать на себя «сексуальный риск», и они используют запугивание или даже насилие в отношении своих партнеров. Сексуальные отно-

10 **ГЕНДЕРНОЕ ПОВЕДЕНИЕ** В ходе проведенного в Южной Африке группового исследования было установлено, что существующие гендерные нормы ограничивают возможности молодых женщин обсуждать вопросы, касающиеся их защиты во время половых контактов. «Сложившиеся социальные нормы в отношении поведения мужчин рассматривают молодых мужчин в качестве героев-победителей, смело ведущих борьбу на сексуальной арене», в то время как «молодые женщины проявляют пассивность и оказывают бесполезное сопротивление решительному наступлению мужчин».

Как правило, девушки утверждают, что они вступают в половые контакты потому, что хотят укрепить отношения с любимым человеком. Если они будут настаивать на использовании презервативов, это может нарушить сложившиеся отношения. В попытке вступить в сексуальные отношения с молодыми женщинами, молодые мужчины могут использовать такой сложившийся эмоциональный стереотип в своих интересах.

В Сенегале в ходе опроса молодые люди в возрасте 14–16 лет заявили, что отсутствие уважения является характерной чертой отношений между мужчинами и женщинами. Мальчики считают, что главным образом девочки проявляют интерес к деньгами и другим материальным ценностям, при этом и юноши, и девушки заявили, что девушки, отказывающиеся от сексуального контакта, могут стать жертвой избиений или изнасилования.

Находящийся в Рио-де-Жанейро «Институто промундо» провел исследование по вопросу об отношении мужчин к женщинам. «Мужчины, выступающие за равенство с женщинами», хотят наладить отношения с женщинами на основе равенства без сексуального принуждения, выступают против насилия в отношении женщин, хотят разделять ответственность за воспитание детей, а также нести определенную ответственность за охрану репродуктивного здоровья. На основе этого исследования будет подготовлена программа, пропагандирующая ведение здорового образа жизни среди подростков, с тем чтобы улучшить их осведомленность в отношении женщин и способствовать укреплению здоровья.

шения в раннем возрасте часто связаны с другими рискованными моделями поведения, такими, как употребление алкоголя и наркотиков и курение, причем прежде всего это касается юношей.

Сексуальный опыт многих девочек часто связан с принуждением[37]. Чем моложе девушка и чем больше возрастная разница между ней и мужчиной, тем больше вероятность того, что она будет подвергаться эксплуатации.

Неравные гендерные нормы существуют во многих странах мира, где молодые мужчины часто поощряются к расширению их сексуального опыта, при этом возможности женщины в этом отношении ограничиваются. В некоторых общинах существуют условия, когда до в вступления в брак женщина должна оставаться девственницей, при этом к мужчинам не предъявляется никаких требований относительно их сексуального самоконтроля или же уважительного отношения к своим партнерам. Такие установки оказывают вредное воздействие на молодых мужчин и женщин.

В проведенных в 21 стране исследованиях показано, что более трети юношей впервые вступили в половой контакт с проститутками. Ведущие половую жизнь юноши сообщают, что имели отношения со многими партнерами, в том числе с подругами, знакомыми и проститутками[38].

Как правило, молодые женщины рассматривают половые контакты как одну из форм взаимоотношений и считают их средством укрепления этих взаимоотношений. Низкий авторитет, боязнь стать жертвой насилия и «чувство супружеского долга» являются препятствием для обсуждения женщинами вопроса о сексе со своими мужьями.

Неравные нормы отношений между мужчинами и женщинами, включая установку относительной пассивности женщин, часто уменьшают возможности молодых женщин принимать осознанные решения о своем сексуальном здоровье. Принятие этого решения может ограничить также боязнь потерять партнера. В проведенных в Соединенных Штатах исследованиях было установлено, что девушки, с которыми их партнеры прекратили сексуальные отношения, испытывают депрессию, не уступающую по силе депрессии, вызванной смертью кого-либо из членов семьи[39].

Во всех культурах считается, что мужчины играют ведущую роль в сексуальных отношениях, однако лежащие в их основе культурные концепции этого неодинаковы. Изменение социальных и культурных условий (например, получение дополнительного образования, изменяющийся характер работы, доступ к средствам массовой информации, расширение прав и возможностей женщин, изменение ценностей, расширение неформальных связей, понижение роли расширенной семьи, увеличение расходов на воспитание детей, урбанизация международной миграции) поновому определяют признанные концепции отношений между мужчинами и женщинами, при этом все больший упор делается на такой фактор, как ответственность.

ПОДДЕРЖАНИЕ ОТНОШЕНИЙ Модель отношений между молодыми мужчинами и молодыми женщинами меняется[40]. Увеличение возраста вступления в брак расширяет возможности налаживания дружеских отношений, знакомств и даже более серьезных партнерских связей между молодыми мужчинами и женщинами. В разных условиях и социальных контекстах эти отношения неодинаковы.

В некоторых обществах практика налаживания знакомств широко принята среди значительной части молодых людей, однако, что касается отношений, то они налаживаются по-разному. Степень интенсивности зависит от возраста: студенты колледжей обычно устанавливают тесные отношения. Для большинства молодых людей (особенно в Восточной и Западной Азии) эти отношения не предусматривают сексуальной связи.

Родительский контроль за связями подростков — это обычное дело, однако многие подростки (больше юношей, чем девушек) налаживают отношения без их разрешения. В недавно проведенном в Соединенных Штатах исследовании[41] показано, что, по меньшей мере, пятая часть подростков поддерживает сексуальные отношения, при этом часто родители не знают об этом. Нередко взрослые люди ничего не знают о сексуальном опыте своих детей.

В культурах, предусматривающих воздержание от половой жизни до вступления в брак, сложилась тенденция к тому, чтобы не предоставлять молодежи информации о сексуальном и репродуктивном здоровье и не обсуждать ее.

НАЧАЛО ПОЛОВОЙ АКТИВНОСТИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ Все чаще половые отношения начинаются до вступления в брак, особенно это касается юношей. Часто подростки, вступающие в половые отношения, не имеют достаточно информации о половых вопросах, репродуктивном здоровье, безопасной сексуальной практике или их праве отказаться от или воздержаться от секса. В Перу, на Филиппинах, в Таиланде и во Вьетнаме как молодые мужчины, так и молодые женщины считают, что добрачный секс в большей мере приемлем для мужчин, чем для женщин[42]. Как правило, молодые мужчины начинают сексуальную жизнь, по меньшей мере, за 2–3 года до того, как это делают женщины; в некоторых странах существуют специальные обряды, связанные с половой жизнью[43].

В Бразилии, Эфиопии, Габоне, Гаити, Кении, Латвии, Малави, Никарагуа и Польше более четверти опрошенных молодых мужчин в возрасте от 15 до 19 лет заявили, что впервые они вступили в половую связь, когда им еще не бы-

ло 15 лет[44]. В Латинской Америке и в Карибском бассейне средний возраст вступления в первый половой контакт для мужчин ниже, чем для женщин. Он колеблется от 12,7 лет для мальчиков и 15,6 лет для девочек на Ямайке до 16 лет для мальчиков и 17,9 для девочек в Чили[45].

В одном углубленном исследовании были определены две модели вступления в первые половые контакты молодыми мужчинами, которые подтверждаются результатами других исследований[46]. Первая модель, которую называют «импульсивной», характерна для лиц молодого возраста (15 лет или моложе), и в ее основе лежат такие факторы, как любопытство, «физическая потребность» или же влияние сверстников. Обычно половая связь происходит в какой-нибудь гостинице или публичном доме с проституткой. Иногда используются противозачаточные средства. Вторая модель, называемая «случайной», подразумевает, что впервые молодой мужчина вступает в половой контакт с подругой или случайной знакомой в разных местах, зачастую спонтанно и без использования контрацептивов.

В разных районах модель добрачных сексуальных отношений девушек-подростков неодинакова: менее 12 процентов в Азии, до 25 процентов в Латинской Америке и приблизительно 50 процентов в странах Африки, расположенных к югу от Сахары.

В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, часто девушки вступают в половую связь с мужчинами, значительно старше их по возрасту в обмен на деньги или подарки. Это обстоятельство в значительной мере ослабляет способность девочек оговаривать вопросы, связанные с безопасным сексом, и повышает шансы быть зараженными болезнями, передаваемыми половым путем, быть инфицированными ВИЧ или забеременеть. Учитывая, что сексуальная связь между представителями разных поколений частично объясняется нищетой, а также, поскольку считается, что она повышает определенный статус, часто родители поощряют ее[47].

В большинстве случаев, даже в относительно консервативной среде молодые люди вступают в сексуальные отношения до свадьбы[48].

Как правило, отсутствие других возможностей, таких, как работа, спорт или участие в деятельности в религиозных или культурных организациях, способствует тому, что сексуальные отношения начинают играть главную роль в жизни подростков.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ Многие молодые мужчины и женщины начинают половую жизнь в раннем возрасте. Поскольку значительная доля подростков и молодых людей отказывается от воздержания от половой жизни, в целях недопущения нежелательной беременности необходимо обеспечить для них доступ к информации о методах планирования семьи[49].

Учитывая ограниченный характер имеющейся информации, подростки имеют меньше шансов использовать методы безопасного секса или же противозачаточные средства. В большинстве случаев на начальном этапе половых отношений противозачаточные средства используются не часто. По сообщениям, молодые женщины реже пользуются противозачаточными средствами, чем мужчины, что свидетельствует об их неравноправии при обсуждении вопросов о планировании семьи со своим партнером, а также об ограничении доступа к услугам (причинами этого могут быть отсутствие информации, чувство стыда, законы, позиция сотрудников медицинских учреждений и сложившаяся практика и доминирующие социальные установки).

В проведенных в общинах исследованиях было установлено, что от 10 до 40 процентов молодых незамужних женщин забеременели, не желая этого. Кроме того, в этих исследованиях утверждается, что более трети женщин, которые должны вскоре вступить в брак, неженатых работниц промышленных предприятий, не посещающих школу подростков и женщин, обратившихся за медицинской помощью, имели нежелательную беременность[50].

В большинстве случае результатом нежелательной беременности у молодых незамужних женщин является аборт[51], что создает серьезную проблему для системы здравоохранения, поскольку многие, если не все из этих абортов, делаются неквалифицированными специалистами, не имеющими официальной медицинской подготовки и соответствующих санитарно-гигиенических средств.

В исследованиях, проведенных в четырех странах Латинской Америки, установлено, что от 10 до 14 процентов беременностей у молодых, никогда не состоявших в браке женщин закончились абортами; в других четырех странах этот показатель был на 50 процентов выше. Результаты исследований, проведенных в нескольких странах Азии, были неодинаковыми[52]. В Казахстане, где многие женщины традиционно делали аборты, показатели остаются высокими и составляют 45 процентов; в противоположность этому на Филиппинах аборты делаются относительно редко (около 7 процентов) и, как правило, дети рождаются после вступления женщин в брак[53].

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ Сбор данных о добрачных сексуальных отношениях в развивающихся странах начался лишь недавно. В 13 странах, в которых были проведены соответствующие обзоры моделей сексуального и репродуктивного поведения, было отмечено существенное различие в возрасте «сексуального дебюта» и

доле сексуальных актов с использованием противозачаточных средств[54].

У женщин из трех стран Азии, в которых было проведено исследование[55], большая вероятность остаться девственницами до вступления в брак (около 95 процентов в двух из указанных стран), однако после начала половой жизни они реже использовали противозачаточные средства. Доля выходящих замуж девственниц в странах Латинской Америки[56] колеблется от 58 процентов (Колумбия) до 90 процентов (Никарагуа), а в Африке от 45 процентов (Кения) до 73 процентов (Зимбабве).

В странах Латинской Америки и Африки, в которых были проведены исследования, более 40 процентов беременностей не состоящих в браке женщин, ведущих половую жизнь, закончились живорождениями. Рождение детей вскоре после замужества характерно для всех регионов. Лишь в двух странах Латинской Америки (Бразилия и Колумбия) более половины людей, ведущих половую жизнь до вступления в брак, пользуются противозачаточными средствами. Как правило, две трети — три четверти людей, ведущих половую жизнь, не пользуются противозачаточными средствами.

Молодые люди, имеющие постоянные половые отношения, чаще пользуются контрацептивами, однако, как правило, они используют не презервативы, а другие средства, что увеличивает вероятность заражения ими инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ[57].

Поддержка родителей и семьи

Заботливые, оказывающие поддержку и пользующиеся доверием взрослые — это основа, обеспечивающая воспитание здоровых подростков и молодых людей. Налаживание доверительных и откровенных отношений способствует укреплению доверия и чувства самоуважения, что помогает молодым людям вести безопасный образ жизни. Усилия, направленные на улучшение общения между родителями и детьми, имеют весьма важное значение. Дети-сироты, дети, убежавшие из своих семей, а также дети, пытающиеся обеспечить свое существование, также нуждаются в поддержке взрослых, к которым они испытывают чувство доверия.

В рамках новаторских программ по предупреждению ВИЧ/СПИДА и охраны репродуктивного здоровья, осуществляемых при поддержке родителей, прилагаются усилия, направленные на то, чтобы улучшить распространение информации по вопросам половой жизни и охраны репродуктивного здоровья. В Камбодже в одной осуществляемой при поддержке ЮНФПА программе родители и члены семей получили комплекты информации о репродуктивном здоровье. После этого работники сферы здравоохранения и пропагандисты посетили семьи для того, чтобы обсудить имеющиеся материалы, выслушать их пожелание и ответить на вопросы.

В рамках успешно осуществляемых программ родителям рекомендуется обсуждать со своими дочерьми и сыновьями вопросы, касающиеся их связей, жизненных целей и желаний. В Южной Африке в ходе осуществления национальной молодежной программы по предупреждению ВИЧ «Любовь к жизни», было установлено, что открытое, своевременное и откровенное обсуждение вопросов, касающихся половой жизни, является ключевым элементом, способствующим сокращению распространения масштабов инфекции ВИЧ в стране. В рамках этой программы предпринимаются усилия, направленные на то, чтобы родители убеждали своих детей вступать в половые отношения в более позднем возрасте; объясняли им проблемы, связанные с половой активностью; обсуждали вопросы, касающиеся ценностей любви, уважения, достоинства и ответственности, которые должны формировать их позицию, определяющую их отношение к жизни; разъясняли вопросы, касающиеся предохранения во время половой активности; использовали имеющиеся источники информации.

Охват родителей и семей способствует мобилизации поддержки общин для обеспечения охраны сексуального и репродуктивного здоровья подростков, что по-прежнему является важной проблемой для большинства обществ.

Сексуальное насилие и сексуальная торговля

Сексуальное насилие — это распространенное явление, с которым сталкиваются девушки-подростки. Оно является серьезным нарушением их прав, а также создает угрозу для их репродуктивного и сексуального здоровья. Лишь в последние 10 лет сформировалось понимание опасности масштабов сексуального насилия против девушек. В ходе проведенных в Зимбабве, Индии, Мали, Объединенной Республике Танзании и на Ямайке было установлено, что от 20 до 30 процентов девушек-подростков стали жертвами сексуального насилия[58].

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЙ СЕКС Для многих девушек-подростков первый сексуальный контакт был насильственным. В Южной Африке 30 процентов молодых женщин отмечают, что они потеряли невинность в результате применения насилия. Сексуальное насилие препятствует развитию девушек, так как после актов насилия им трудно продолжать учиться в школе, что подрывает их доверие к взрослым и ровесникам, а кроме того, они подвергаются риску заражения заболеваниями, передаваемыми половым путем, нежелательной беременности и краткосрочного или долгосрочного физического или психологического увечья.

Подростки-юноши и взрослые мужчины часто нейтрально относятся к сексуальному принуждению или даже одобряют его. Молодые женщины также могут считать сексуальное насилие или же секс в результате применения силы или запугивания нормальным, что отражает несбалансированность гендерных норм в некоторых общинах или обществах.

В одном из проведенных в Южной Африке исследовании было установлено, что акты сексуального насилия и принуждения девочек получили настолько широкое распространение, что их называли «каждодневной любовью»[59]. В другом исследовании, проведенном с участием 30 000 молодых людей, каждый из четырех человек заявили, что они совершали половые акты без согласия девушки[60]. Большинство молодых людей и женщин выразили мнение о том, что принуждение кого-либо из знакомых — это просто «жесткий секс», а не сексуальное насилие, а большинство женщин указали, что ответственность за сексуальное домогательство несут женщины.

Практически повсеместно причины, лежащие в основе сексуального насилия, одинаковы: девушки чаще всего подвергаются изнасилованиям или каким-либо другим формам домогательств со стороны тех, кого они знают, в том числе членов семей. Иногда насильники являются уважаемыми членами их общин: учителями, работодателями и даже представителями духовенства. Работники сферы образования все чаще признают необходимость принятия решительных мер, препятствующих распространению насилия. На медицинском факультете в Университете «Вестерн Кейп» в Южной Африке был разработан комплекс мер по борьбе с сексуальным насилием и насилием по признаку пола для учащихся начальной школы, в рамках которого учителя будут доводить соответствующую информацию.

ТОРГОВЛЯ МОЛОДЫМИ ЖЕНЩИНАМИ И ДЕВУШКАМИ Данные о числе женщин и детей, продаваемых ежегодно для использования в индустрии секса (часто путем принуждения или похищения), а также в рабство, далеко не одинаковы и колеблются от 700 000 до 4 миллионов человек[61]. За последние десятилетия продажа молодых женщин в сексуальное рабство, являющаяся серьезным нарушением их прав и угрозой для их здоровья, значительно расширилась[62]. Этому способствуют такие факторы, как крайняя нищета, низкий статус женщин и девушек, слабый пограничный контроль и недостаточно эффективная работа правоохранительных органов.

В Азии и Восточной Европе девушки в возрасте 13 лет продаются как «невесты по почте»[63]. В Индии приблизительно два из каждых пяти работников секс-индустрии моложе 18 лет[64]. В Шри-Ланке большинство занятых в индустрии секса — это мальчики[65]. По проведенной в одном из регионов оценке, ежегодно продается от 1 до 2 миллионов мужчин и женщин, главным образом в Азии. Более 225 000 из них — это выходцы из Юго-Восточной Азии, а 150 000 — из Южной Азии[66].

Многие женщины из государств бывшего Советского Союза перевозятся в Израиль, другие страны Ближнего Востока или Западную Европу; многие из них моложе 18 лет. Во многих странах система правосудия предусматривает тюремное или какое-либо другое наказание для молодых женщин, а не для тех, кто осуществляет торговлю ими.

Часто молодых работников секс-индустрии укрывают от властей. Например, в Камбодже в ходе проведенного исследования было установлено, что полиция не могла проверить личности молодых проституток, так как их укрывали[67].

Молодые работники индустрии секса, как женщины, так и мужчины, подвергаются серьезной опасности быть инфицированными ВИЧ. Они не могут настоять на применении противозачаточных средств и часто являются объектами насильственного секса, что может повысить шансы передачи ВИЧ. Распространение ВИЧ среди работников индустрии секса происходит высокими темпами: от приблизительно 25 процентов в Камбодже до 48 процентов в Индии и 70 процентов в Абиджане, Кот-д'Ивуар[68].

Некоторые страны приступили к решению проблемы по борьбе с торговлей женщинами и девушками, причем часто помощь им в этом оказывают лидеры общин. Например, в начале 90х годов правительство Таиланда сделало задачу оказания помощи подвергающейся риску молодежи, занятой в индустрии секса, одной из самых приоритетных. Охватываемые области включают в себя 8 провинций в Северном Таиланде, где зафиксированы высокий показатель ВИЧ/СПИДа и высокая доля девушек, бросивших школу[69]. Учителя проходят официальную подготовку по идентификации девушек, подвергающихся высокой степени риска быть проданными, и убеждают семьи не забирать этих девочек из школы.

Обрезание у женщин

Обрезание у женщин создает угрозу для сексуального и репродуктивного здоровья миллионов девушек в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, и на Ближнем Востоке.

В Судане бесплодие, вызванное инфибуляцией, может быть связано с высокими показателями разводов[70]. Позиция мужчин, прежде всего в отношении контроля за половой жизнью женщин, является важным фактором, способствующим проведению калечащих операций на женских половых органах[71].

Около 130 миллионов девушек и молодых женщин в мире подверглись таким операциям, а еще 2 миллиона подвергаются риску того, что такая операция будет проведена (6 000 человек ежедневно). Обрезание практикуется приблизительно в 28 странах, и показатели доли женщин, которым были сделаны калечащие операции на половых органах, колеблются от 5 процентов в Демократической Республике Конго до 98 процентов в Сомали, на Аравийском полуострове и в районе Персидского залива[72]. В проведенных в 1995 году исследованиях показано, что 97 процентов замужних женщин в Египте в возрасте от 15 до 49 лет подверглись обрезанию; в 1998 году в Мали этот показатель составлял 94 процента[73].

В большинстве случаев операции делаются не имеющими отношение к медицине людьми (местными акушерками, повитухами и «старыми женщинами»), при этом используются нестерилизованные бритвы или проволока, что увеличивает возможность инфекции; как правило, послеоперационная или неотложная помощь не предоставляются[74].

СПОСОБЫ СОКРАЩЕНИЯ КАЛЕЧАЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ Многие страны приняли законы, запрещающие проводить калечащие операции на женских половых органах, в том числе Буркина-Фасо, Гана, Джибути, Египет, Объединенная Республика Танзания, Сенегал и Того. Хотя эти законы предусматривают штрафы и тюремное заключение[75], часто они не соблюдаются и практика обрезания продолжается, но эти операции делаются втайне.

В настоящее время прилагаются усилия, направленные на сокращение количества калечащих операций на женских половых органах и изменение отношения к этому вопросу. В Кении Фонд развития Организации Объединенных Наций для женщин (ЮНИФЕМ), НПО «Маенделео йа Ванаваке» и Программа использования соответствующих технологий для охраны здоровья провели пропагандистскую кампанию «Обрезание словами», которая явилась попыткой предложить альтернативный обряд, сохраняющий позитивные аспекты этой культурной традиции[76]. Принятый в 2001 году в Кении Закон о детях запрещает калечащие операции на женских половых органах[77]. После продолжающейся в течение недели программы, в рамках которой распространяются традиционные знания и медицинская информация и предоставляются различные консультации, в общинах проводится празднование с обильно накрытыми столами, танцами и песнями, посвященными достижению женской зрелости.

Помимо лидеров общин, в этом проекте участвовали мужчины и женщины, прежде всего отцы и братья. Мальчики отказались брать в жены девушек, которые прошли через обряд обрезания. В январе 2000 года ЮНФПА и несколько других учреждений Организации Объединенных Наций подписали соглашение о проведении этих мероприятий в других общинах, в которых зарегистрированы высокие показатели калечащих операций на женских половых органах.

В Сенегале организация «Тостан» осуществляла деятельность для улучшения осведомленности общественности по вопросу о здоровье и правах, в результате которой в 938 деревнях (18 процентов из 5000 зарегистрированных общин) были приняты общие решения отказаться от практики женского обрезания и вступления в брак в раннем возрасте[78]. В Мали организация «Хелти туморроу» применяет оригинальный подход, используя музыку для ведения среди населения просветительской работы о вреде практики обрезания[79].

ome
Syndrome
AIDS

3 ВИЧ/СПИД и подростки

ВИЧ/СПИД стал болезнью молодых людей. Люди в возрасте 15–24 лет составляют половину более чем из 5 миллионов лиц, инфицированных ВИЧ в мире. Зачастую молодые люди не имеют соответствующей информации и навыков и не получают услуг, необходимых для защиты от инфекции ВИЧ. Такая информация, навыки и услуги крайне необходимы для того, чтобы остановить эпидемию.

Каждый день около 6000 молодых людей инфицируются ВИЧ/СПИДом, т.е. один человек каждые 15 секунд, причем большинство из них — это молодые женщины. По состоянию на конец 2001 года, приблизительно 1,8 миллиона молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет заражены ВИЧ/СПИДом, что составляет одну треть от общего числа зараженных ВИЧ/СПИДом в мире. Лишь небольшая доля этих молодых людей знают, что они имеют положительную реакцию на ВИЧ[1] (Таблица 3).

Кроме того, более 13 миллионов детей в возрасте до 15 лет потеряли одного или обоих родителей, ставших жертвами СПИДа. Подавляющее большинство этих детей, сиротами которых сделал СПИД, живут в Африке. По прогнозам, к 2010 году их число достигнет 25 миллионов[3].

Факторы, способствующие инфицированию

Расширению пандемии СПИДа способствует комплекс следующих социальных, биологических и экономических факторов:

НИЩЕТА. ВИЧ/СПИД — это заболевание, в значительной мере связанное с нищетой. Исследования, проведенные Всемирным банком в 72 странах, продемонстрировали, что низкие доходы на душу населения и неравенство тесным образом связаны с высокими показателями инфицирования ВИЧ и в результате увеличения дохода на душу населения на 2000 долл. США количество заболеваний сократилось на 4 процента[4]. На проведенной в 2001 году специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, посвященной ВИЧ/СПИДу, было признано, что «нищета, недостаточная степень развития и неграмотность являются одним из главных факторов, способствующих распространению ВИЧ/СПИДа».

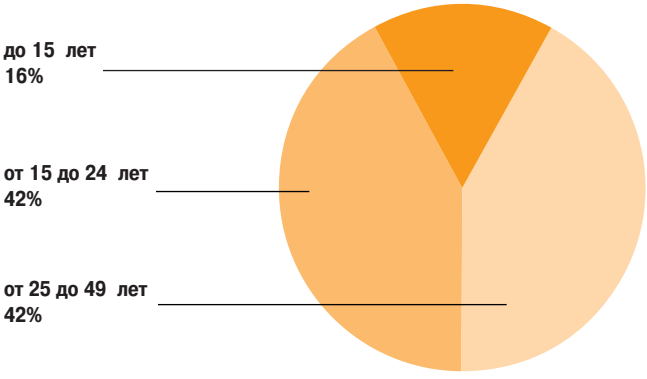
БОЛЬШАЯ СТЕПЕНЬ УЯЗВИМОСТИ ДЕВОЧЕК И ЖЕНЩИН. В силу причин биологического, гендерного и культурного характера женщины в большей мере подвержены инфекции ВИЧ, чем мужчины. Так, ВИЧ/СПИДом заражены приблизительно 7,3 миллиона молодых женщин и 4,5 миллиона молодых

Таблица 4: Численность молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, зараженных ВИЧ/СПИДом, с разбивкой по полу по состоянию на декабрь 2001 года[2]

Регион	Молодые женщины (в процентах)	Молодые мужчины (в процентах)	Итого
Страны Африки, расположенные к югу от Сахары	67	33	8,600,000
Северная Африка и Ближний Восток	41	59	160,000
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	49	51	740,000
Южная Азия	62	38	1,100,000
Центральная Азия и Восточная Европа	35	65	430,000
Латинская Америка и Карибский бассейн	31	69	560,000
Промышленно развитые страны	33	67	240,000
Всего в мире	**62**	**38**	**11,800,000**

Источник: ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС/ВОЗ.

Диаграмма 4: Новые инфекции ВИЧ в 2002 году с разбивкой по возрастным группам



ИсточникЖ ЮНЭЙДС

мужчин. Две трети инфицированных ВИЧ молодых людей в возрасте от 15 до 19 лет в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, — это женщины. Максимальный возраст инфицированных ВИЧ женщин, как правило, на 25, 10 и 15 лет моложе, чем максимальных возраст мужчин[5].

В силу причин биологического характера риск получения инфекции в результате половых связей без использования средств защиты для женщин в 2–4 раза выше, чем для мужчин[6]; молодые женщины еще в большей степени уязвимы к инфекции потому, что их половые пути еще не в полной мере сформировались, что повышает риск инфекции[7].

В социальном плане молодые женщины также подвержены большему риску. Как правило, этот риск связан с половыми отношениями с мужчинами более старшего возраста, что повышает вероятность того, что их партнеры уже инфицированы. Некоторые девушки-подростки состоят в половых отношениях с «богатыми поклонниками», которые значительно старше их, в достаточной степени обеспечены и, как правило, женаты, и эти мужчины оказывают им поддержку в обмен на секс. Часто сексуально активные девушки-подростки в Африке имеют половых партнеров, которые по меньшей мере на два года — десять лет старше их, и в качестве подарков эти партнеры преподносят им такие предметы, как мыло, парфюмерия, продукты питания и драгоценности. Некоторые девочки из неимущих семей получают деньги за сексуальные услуги для того, чтобы покрыть расходы на обучение в школе или оказать помощь своим семьям. Часто девочки, состоящие в половых отношениях с учителями, водителями, владельцами магазинов и даже полицейскими, не имеют возможности обсудить вопрос об использовании презервативов[8].

Часто мужчины ищут половых партнерш более молодого возраста, у которых меньше вероятность быть инфицированными ВИЧ[9].

Широко распространенный миф о том, что половой контакт с девственницей может способствовать излечению от СПИДА или болезней, передаваемых половым путем, еще в большей мере подвергает опасности молодых девочек, которые вынуждены вступать в половую связь.

РИСК ДЛЯ СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ. Поскольку, как правило, мужчины начинают половую жизнь раньше, чем женщины, у женщин больше вероятность вступить в брак с уже имеющим сексуальный опыт мужчиной. В Пункте, Индия, в результате исследования, проведенного в клинике по лечению болезней, передаваемых половым путем, было установлено, что 25 процентов из 4000 женщин, обратившихся за помощью в поликлинику, заражены болезнями, передаваемыми половым путем, а 14 процентов — имели положительную реакцию на ВИЧ. Из 93 процентов обратившихся за помощью состоявших в браке женщин 91 процент имели лишь одного партнера — своих мужей.

В исследовании, проведенном в Кисуму, Кения, было установлено, что половина состоящих в браке женщин, мужья которых на 10 или более лет старше их, инфицированы ВИЧ, при этом ни одна из женщин, мужья которых были старше менее чем на три года, не была инфицирована[10].

Замужние женщины сталкиваются с трудностями в обсуждении вопроса об использовании противозачаточных средств, особенно в том случае, если они намного моложе своих мужей.

ОТСУТСТВИЕ ИНФОРМАЦИИ И НАВЫКИОВ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗАЩИТЫ. Учитывая, что во многих странах тема секса является «табу», многие молодые люди не получают достаточной информации и не имеют навыков, позволяющих им отказаться от половой жизни, или же обсуждать вопросы, связанные с безопасностью сексуальной практики. Хотя большинство молодых людей обладают информацией о ВИЧ/СПИДе, очень немногие из них знают, как защитить себя от инфекции.

В проведенных в 40 странах обследованиях показано, что более половины молодых людей не имеют достаточной информации о передаче ВИЧ[11]. На Украине 100 процентов женщин-подростков обладают информацией о СПИДе, но лишь 21 процент из них знают три метода его профилактики. В Сомали лишь 26 процентов женщин-подростков слышали о СПИДе и лишь один процент знает о том, как защитить себя от этой инфекции. В Ботсване, где один из трех молодых людей заражен ВИЧ/СПИДом, практически все знают о СПИДе и более 70 процентов имеют информа-

цию о трех основных средствах защиты. Однако 62 процента девочек не имеют информации о распространении ВИЧ (см. таблицу). Многие молодые люди считают, что для определения того, инфицирован ли какой-либо человек ВИЧ, достаточно лишь взглянуть на него.

ЧУВСТВО НЕПОБЕДИМОСТИ. Как правило, подростки недооценивают опасность, связанную с инфекцией ВИЧ. В проведенных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) тематических исследованиях показано, что лишь от одной пятой до одной трети молодых людей считают, что они подвергаются риску[12]. Многие молодые люди не признают, что модели поведения их партнеров также подвергают их риску. Некоторые считают, что инфекцию ВИЧ получают лишь лица, занятые в индустрии секса, наркоманы или гомосексуалисты. Чувство непобедимости в сочетании с отсутствием понимания последствий опасного поведения делают вероятность принятия ими мер для защиты своего здоровья и жизни еще меньшей.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ. Заболевания, передаваемые половым путем, в значительной мере повышают вероятность инфицирования ВИЧ[13] и возникновения осложнений для репродуктивного здоровья, таких, как хронические боли, бесплодие и создающая угрозу для жизни внематочная беременность. Хотя нет достаточной информации о заболеваниях, передаваемых половым путем, в развивающихся странах, прежде всего информации о молодых людях, по данным ВОЗ, по меньшей мере треть из более чем 330 миллионов случаев поддающихся лечению заболеваний, передаваемых половым путем, приходится на молодых людей в возрасте до 25 лет[14]. Кроме того, у молодежи больше чем у взрослых вероятность повторного получения инфекции после прохождения курса лечения.

В проведенном в Южной Африке исследовании показано, что у девушек-подростков на 30 процентов больше вероятность заражения болезнями, передаваемыми половым путем, чем у юношей, что в значительной мере объясняется тем, что они состоят в половых контактах с более старшими по возрасту мужчинами, у которых больше шансов быть зараженными этими болезнями[15].

В проведенных в ряде стран Ближнего Востока и Африки исследованиях, касающихся гонореи, было установлено, что самые высокие показатели этого заболевания приходятся на группу в возрасте от 15 до 19 лет[16]. Согласно исследованиям, проведенным в Аргентине, Ботсване, Перу, Республике Корея, Таиланде и на Филиппинах[17], от заболеваний, передаваемых половым путем, страдают значительно больше молодых женщин, чем мужчин (следует отметить, что в Таиланде удалось значительно сократить показатели распространения этих болезней).

Как правило, молодежь не имеет достаточной информации о болезнях, передаваемых половым путем. В ходе исследования, проведенного среди молодых людей, занятых в индустрии секса в Камбодже, было установлено, что они имеют ограниченную информацию по этому вопросу, в основе которой лежат не только факты, но и мифы и сплетни, и часто эта информация неправильна[18]. К сожалению, в ходе проведенных среди молодых людей исследований, в том числе в Кампале, Уганда, и Хошимине, Вьетнам, было установлено, что многие из них считают, что со временем симптомы заболеваний, передаваемых половым путем, исчезнут и что предотвратить эти заболевания и ВИЧ может соблюдение правил личной гигиены. Этого мнения придерживались одна из пяти студенток Университета в Иорине, Нигерия, 30 процентов молодых людей в некоторых районах Чили, а также половина молодых мужчин и женщин в Гватемале[19].

Молодые люди чаще прибегают к традиционным средствам лечения болезней, передаваемых половым путем, или же игнорируют их симптомы. Это объясняется чувством вины, а также сформировавшимся мнением о том, что в случае обращения в медицинские центры они могут подвергнуться общественному осуждению.

АЛКОГОЛЬ И НАРКОТИКИ. Использование игл наркоманами часто приводит к распространению ВИЧ, т.к. вирус инъекцируется непосредственно в кровь. Употребление наркотиков в сочетании с зарабатыванием денег в индустрии секса в значительной мере способствует распространению ВИЧ.

Часто люди начинают употреблять наркотики в подростковом возрасте. В Непале, где половина из насчитывающихся в стране 50 000 наркоманов — это люди в возрасте от 16 до 25 лет, показатели распространения ВИЧ среди употребляющих наркотики лиц увеличились с 2 процентов в 1995 году до почти 50 процентов в 1998[20]. Самые высокие темпы роста эпидемии ВИЧ отмечаются в Российской Федерации, причиной чего является увеличение числа молодых наркоманов. В Китае зарегистрированы самые высокие темпы распространения ВИЧ среди наркоманов, как правило, молодых людей.

Число наркоманов, равно как и лиц, нерегулярно употребляющих наркотики, увеличивается, особенно в странах Восточной и Центральной Европы. По данным ЮНЭЙДС за 2000 год, в Аргентине, Бахрейне, Грузии, Иране, Италии, Испании, Казахстане, Китае, Латвии, Молдове, Португалии, Российской Федерации и на Украине более половины лиц, инфицированных ВИЧ, это наркоманы[21].

Употребление алкоголя также является одним из факто-

ров, способствующих расширению эпидемии ВИЧ. В проведенном в Руанде исследовании было установлено, что молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет, употреблявшие алкоголь, чаще вступали в половую связь[22]. В исследовании, проведенном среди употреблявших алкоголь подростков на Ямайке, было обнаружено, что они в 2,4 раза чаще вступали в половую связь, чем непьющие молодые люди[23].

СПИД И ТУБЕРКУЛЕЗ. Туберкулез — это главная причина смерти лиц, зараженных ВИЧ. Треть всех больных СПИДом инфицированы туберкулезом. У ВИЧ-инфицированных значительно больше вероятность заболевания туберкулезом; по некоторым подсчетам, эта вероятность выше в 800 раз[24]. В Кении в период с 1990 по 1996 год показатели заражения ВИЧ и туберкулезом увеличились в два раза[25].

В целях профилактики туберкулеза молодые люди должны получать соответствующие вакцины[26]. Большинство форм туберкулеза поддается лечению. В случае незавершенного или неправильного лечения может возникнуть не поддающаяся медикаментозному лечению форма туберкулеза, последствия которой ликвидировать значительно труднее и намного дороже. Поэтому в программы борьбы с туберкулезом, в том числе для молодых людей, должны быть включены в стратегии профилактики и лечения СПИДа.

Региональные различия

По состоянию на сегодняшний день, наиболее быстро масштабы распространения ВИЧ/СПИДа среди молодых людей увеличиваются в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, где проживает около 8,6 миллиона молодых людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом (67 процентов из них — это лица женского пола). В Ботсване, Зимбабве и Южной Африке около 60 процентов юношей, достигших 15летнего возраста, будут инфицированы[27].

Кроме того, быстрыми темпами ВИЧ распространяется в Южной Африке, где инфицировано приблизительно 1,1 миллиона молодых людей (62 процента из них — это женщины). В некоторых районах южной части Индии жертвами эпидемии являются не только лица, занятые в индустрии секса, и наркоманы, но и широкие слои населения.

В Латинской Америке и Карибском бассейне приблизительно 560 000 молодых людей инфицированы ВИЧ/СПИДом (31 процент из них — женщины). В нескольких странах Карибского бассейна масштабы эпидемии шире, чем в Африке и ВИЧ/СПИДом инфицировано по меньшей мере 2 процента молодых женщин. В Латинской Америке вирус главным образом распространяется среди мужчин, состоящих в половых связях с другими мужчинами, однако следует отметить, что все больше женщин становятся его жертвами.

В Восточной и Юго-Восточной Азии ВИЧ/СПИДом инфицированы приблизительно 740 000 молодых людей, причем половина из них — это женщины. Учитывая большую численность населения Китая и быстрые темпы распространения ВИЧ в стране, число молодых людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, в этом регионе может значительно увеличиться. Сегодня эпидемия, жертвами которой когда-то были пользующиеся шприцами наркоманы и лица, занятые в индустрии секса, поражает значительную часть населения в Камбодже, Мьянме и Таиланде (в Таилаиде масштабы эпидемий сократились).

Быстрыми темпами увеличиваются темпы распространения инфекции в Восточной и Центральной Европе. В 2001 году 430 000 молодых людей были инфицированы ВИЧ/СПИДом (35 процентов из них — женщины). Масштабы эпидемии в этом районе расширяются, главной причиной чего является наркомания с использованием шприцов, в основном среди молодых мужчин; кроме того, ее жертвами являются женщины, занятые в индустрии секса.

В 2001 году в регионе Ближнего Востока и Северной Африки насчитывалось около 160 000 инфицированных молодых людей (41 процент — женщины). Хотя за последние несколько лет системы наблюдения за распространением эпидемии в регионе улучшились, эти данные могут быть заниженными. Половые связи между не состоящими в браке молодыми людьми в этом регионе не получили широкого распространения, однако необходимо проводить работу по информированию общественности об опасностях эпидемии. Имеются свидетельства расширения масштабов распространения заболеваний, передаваемых половым путем, что является одним из факторов, предшествующих увеличению масштабов инфекции ВИЧ.

11 **ПОДХОД К ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ИНФЕКЦИИ ВИЧ** В 2001 году на специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций был одобрен подход к предупреждению инфекции ВИЧ. Этот подход предусматривает следующие три момента, касающиеся предупреждения распространения ВИЧ: воздержание от сексуальных связей или же вступление в половую связь в более позднем возрасте; верность одному партнеру или же уменьшение числа партнеров; постоянное и правильное использование противозачаточных средств в случае половых отношений с несколькими партнерами.

В некоторых случаях указанный подход предусматривает недопущение употребления наркотиков и алкоголя, что может способствовать увеличению вероятности небезопасного секса. Этот подход предусматривает также тестирование и лечение болезней, передаваемых половым путем (что повышает риск передачи ВИЧ в случае небезопасного секса). Каждый из указанных компонентов этого подхода должен представляться на комплексной и сбалансированной основе (см. главу 4).

Высокие показатели наркомании с использованием шприцов в некоторых районах также свидетельствуют о возможном расширении распространения ВИЧ.

В Северной Африке и Восточной Европе масштабы распространения эпидемии невелики. Исключением в этом отношении являются неимущие слои населения, меньшинства, наркоманы и лица, занятые в индустрии секса, прежде всего молодые женщины. Однако ложное чувство самодовольства, особенно у молодых людей, может свести на нет успехи, достигнутые в замедлении темпов распространения ВИЧ в этом регионе.

Воздействие СПИДа на молодых людей

ПОДРОСТКИ-СИРОТЫ. Молодые люди, потерявшие одного или обоих родителей в результате СПИДа (см. главу 1), особенно уязвимы к воздействию инфекции. Многие из них являются жертвами эксплуатации, в том числе физического и сексуального домогательства. В условиях недостаточной поддержки со стороны семей, некоторые из них вступают в создающие риск сексуальные связи или же становятся наркоманами. Для того чтобы выжить, беспризорные подростки могут начать заниматься оказанием сексуальных услуг или же совершать преступления[28]. Потеряв родителей, многие из них могут стать жертвами остракизма и дискриминации.

Беспризорные молодые люди есть в каждой стране. Они подвергаются большей степени риска заражения ВИЧ в результате сексуального насилия или же оказания сексуальных услуг за еду или деньги. Эту группу особенно трудно охватить программами, пропагандирующими воздержание, ответственное отношение к сексу и безопасную половую жизнь. Каждый день они вынуждены бороться за то, чтобы выжить, и поэтому профилактика болезни, результатом которой может быть смерть, не входит в число их приоритетов.

ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА. Часто молодые люди, инфицированные ВИЧ/СПИДом, прекращают учебу[29]. Это явление широко распространено, особенно среди девочек, которые должны ухаживать за больными членами своей семьи. Невозможность платить за обучение также заставляет мальчиков и девочек прекращать учебу. Иногда причиной этого является дискриминация со стороны учителей или одноклассников.

Учителя также подвержены воздействию ВИЧ/СПИДа. По подсчетам ЮНЭЙДС, в 2001 году 1 миллион детей и молодых людей в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, потеряли учителей, умерших от СПИДа[30].

Отсутствие образования оказывает серьезное воздействие на дальнейшую жизнь детей. По данным проведенных в разных странах мира обследований, дети в возрасте от 10 до 14 лет, не имеющие родителей, чаще не посещают школы, чем дети того же возраста, родители которых живы. Например, на Мадагаскаре доля детей-сирот в возрасте от 10 до 14 лет, посещающих школу, составляет 34 процента по сравнению с 65 процентами детей, имеющих родителей. В Индонезии эти показатели составляют 65 и 85 процента соответственно[31].

12 ОХВАТ МОЛОДЕЖИ ПРИ ПОМОЩИ СОЦИАЛЬНОГО МАРКЕТИНГА В ходе оценки деятельности в рамках социального маркетинга противозачаточных средств, нацеленной на молодых людей в четырех африканских странах, было установлено следующее:

- изменение моделей поведения подростков может потребовать значительных усилий на протяжении по меньшей мере 2–3 лет;
- программы наиболее эффективны в том случае, если они включают в себя тщательно разработанный комплекс пропагандистской деятельности в средствах массовой информации и непосредственное общение;
- молодые мужчины и молодые женщины сталкиваются с разными проблемами, касающимися сексуального здоровья, которые должны решаться на дифференцированной основе;
- в целях содействия использованию противозачаточных средств необходимо тщательно разработать стратегии коммуникации в этой области;
- следует привлекать молодежь к участию в разработке программ.

13 ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСУЛЬТАТИВНЫХ УСЛУГ И ТЕСТИРОВАНИЯ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ В ходе научных исследований были установлены следующие аспекты, имеющие важное значение для повышения качества эффективных программ, нацеленных на молодежь:

- наличие медицинских работников, имеющих соответствующую квалификацию для предоставления консультаций по вопросам ВИЧ;
- использование раздельных помещений для того, чтобы молодые люди не встретились с членами семьи или взрослыми людьми, знающими, что они обращаются с просьбой об оказании им консультативных услуг;
- бесплатное или недорогое тестирование молодых людей;
- система направления к специалистам молодых клиентов;
- просветительская деятельность, нацеленная на учащихся школ и молодежь;
- проведение кампаний в средствах массовой информации для пропагандирования добровольных услуг по предоставлению консультаций и тестированию.

Социальный маркетинг противозачаточных средств

Изложенный выше подход оказался эффективным. Социальный маркетинг объединяет проведение рыночных исследований и рекламу с агитационно-пропагандистской работой в средствах массовой информации, деятельностью пропагандистов и мероприятиями, проводимыми в общинах. Как правило, при сбыте противозачаточных средств преследуется цель «двойной защиты», а именно оказание помощи подросткам в защите как от беременности, так и от болезней, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ. Практически любое место, где проводит время и собирается молодежь, начиная от школы и кончая дискотеками, это потенциальный объект для предоставления информации и распространения противозачаточных средств.

Социальный маркетинг так же, как и средства массовой информации, может быть нацелен на конкретные группы. В Индонезии успешно проведанная кампания, направленная на расширение использования противозачаточных средств лицами, занятыми в индустрии секса, включала в себя освещение в средствах массовой информации, проведение мероприятий в барах и университетах, предоставление консультаций по вопросу об использовании противозачаточных средств и проведение просветительской работы среди владельцев публичных домов. В результате этого процентная доля пользующихся противозачаточными средствами лиц, занятых в сфере индустрии секса, увеличилась с 36 до 48[32].

В рамках Программы социального маркетинга в интересах охраны сексуального здоровья подростков, осуществляемой организацией «Попюлейшн сервисиз интернэшнл» была проведена оценка мероприятий в городских районах Ботсваны, Гвинеи, Камеруна и Южной Африки. В целях улучшения осведомленности общественности и содействия применению практики безопасного секса, прежде всего использованию противозачаточных средств молодыми людьми, проводились мероприятия в школах, молодежных клубах и средствах массовой информации.

Хотя благодаря этим мероприятиям удалось добиться успехов в улучшении осведомленности общественности по вопросу о преимуществах защиты, связанной с половой жизнью, включая воздержание и использование противозачаточных средств, модели сексуального поведения изменить не удалось. Следует отметить, что большего успеха удалось добиться в изменении моделей сексуального поведения женщин, чем мужчин, что говорит о том, что к обеим этим группам следует подходить дифференцированно[33].

С учетом опыта, накопленного в результате осуществленной в Камеруне программы социального маркетинга в целях охраны сексуального здоровья подростков, в 2000 году была начата другая программа социального маркетинга. В рамках этой программы для пропагандирования постоянного использования противозачаточных средств, прежде всего в отношениях с регулярными партнерами, использовались средства массовой информации, радиопрограммы, газеты и другие методы просветительской деятельности. На нынешнем этапе в рамках осуществляемой в этом направлении деятельности ведется пропагандистская работа, целью которой является обеспечение того, чтобы родители вели со своими детьми беседы о профилактике ВИЧ/СПИДа, расширяли возможности девочек ставить вопрос о половом воздержании или применении противозачаточных средств, а кроме того особо подчеркивалось важное значение постоянного использования противозачаточных средств в отношениях с регулярными партнерами[34].

Имеется немало негативных и зачастую ошибочных установок, связанных с использованием противозачаточных средств. Некоторые молодые люди не верят в то, что противозачаточные средства являются надежной защитой от нежелательной беременности или ВИЧ. В проведенном в Кении исследовании лишь 35 процентов школьников в городах и 56 процентов школьников в сельских районах заявили о том, что верят в эффективность противозачаточных средств[35]. В исследовании, проведенном в Ботсване, было установлено, что 76 процентов юношей уверены в том, что использование презервативов не дает никаких результатов[36]. В другом проведенном в Ботсване исследовании показано, что некоторые молодые люди считают, что противозачаточные средства являются распространителями инфекции[37]. Кроме того, в рамках профилактической деятельности в Суринаме было также установлено, что негативное отношение к противозачаточным средствам является одним из главных препятствий для профилактической работы[38].

В ходе проведенного в Южной Африке группового обсуждения молодые люди заявили, что они не осмеливаются просить продать им противозачаточные средства в аптеках или поликлиниках. По их словам, они хотели бы иметь возможность приобретать их в таких местах, как центры игральных автоматов, общественные туалеты, ночные клубы, музыкальные магазины и интернет-кафе; кроме того, они предпочли бы покупать их у ровесников, а не старших по возрасту лиц. Некоторые молодые люди заявили также, что они не хотели бы пользоваться противозачаточными средствами, поскольку не имеют достаточного опыта в этом, и, как представляется, их больше волновал вопрос о сохранении собственного имиджа, чем опасность, связанная с незащищенным сексом[39].

Несмотря на эти недостатки, в оценке делается вывод о том, что, «как представляется, подходы социального марке-

тинга, направленные на молодежь, обещают широкое использование противозачаточных средств в относительно широких масштабах и признание обществом необходимости их использования на регулярной основе. Усилия средств массовой информации необходимо сочетать с деятельностью аптек и медицинских учреждений, направленной на то, чтобы в целях конфиденциальности и удобства молодые люди предпочитали пользоваться их услугами, а кроме того, необходимо, чтобы эти услуги были в большей мере ориентированы на удовлетворение потребностей молодежи»[40].

Услуги по предупреждению и лечению ВИЧ/СПИДа

Услуги по добровольному консультированию и тестированию являются частью одной из жизненно важных программ по профилактике и лечению ВИЧ. Независимо от результатов, молодые люди, прошедшие тестирование, часто меняют модели сексуального поведения, которые становится менее рискованным. Проведенные исследования показывают, что многие молодые люди нуждаются в доступе к этим услугам и хотят получить его, с тем чтобы знать, инфицированы ли они или нет, при этом оказываемые услуги должны носить конфиденциальный характер и быть легкодоступными[41].

Однако одним из препятствий является неадекватное лечение и отсутствие поддержки, оказываемой лицам с положительной реакцией на ВИЧ. В развивающихся странах очень немногие молодые люди имеют доступ к медикаментам для лечения ВИЧ. Фактически, в настоящее время лишь 5 процентов населения могут получить медикаменты[42]. Ботсвана и Бразилия взяли на себя обязательство предоставить эти средства для всех нуждающихся, однако другие страны, испытывающие проблемы в этом отношении, не имеют достаточного объема ресурсов.

По мере расширения доступа к лечению ВИЧ должны расширяться масштабы предоставления добровольных услуг и тестирования. Даже в тех случаях, когда лечение недоступно, результатом оказания этих услуг может быть изменение моделей сексуального поведения молодых людей. В выводах проведенного в Кении и Уганде исследования было рекомендовано использование этих услуг лицами в возрасте от 14 лет до 21 года. Большинство из тех, кто прошел тестирование, заявили, что они намереваются воздерживаться от половых контактов, иметь только одного партнера и использовать противозачаточные средства. Большинство из них представили эту информацию своим партнерам и супругам, а не родителям, которых они не хотели расстраивать. Значительная часть лиц, прошедших тестирование, отметили, что они хотели бы проверяться и в будущем. Они дали высокую оценку предоставляемым услугам, однако большая часть врачей оказались не подготовленными для представления таких услуг молодым людям.

Консультативные услуги молодым людям требуют специальной подготовки, прежде всего для охвата тех, кто подвергся изнасилованию, пытался покончить жизнь самоубийством или же уйти из дома или школы.

4 Содействие формированию моделей здорового поведения

Информация и просветительская работа по вопросам, касающимся охраны сексуального и репродуктивного здоровья, имеет крайне важное значение для развития подростков и обеспечения их благополучия. Поощрение изменения моделей поведения играет важную роль в сокращении числа случаев подростковой беременности и борьбе с распространением пандемии ВИЧ/СПИДа.

На МКНР страны пришли к договоренности о том, что информация и услуги должны предоставляться подросткам для оказания им помощи в понимании вопросов, касающихся половой жизни, и защиты от нежелательной беременности, заболеваний, передаваемых половым путем и связанного с ними риска бесплодия. Это должно сочетаться с ведением среди молодых мужчин просветительской работы, направленной на обеспечение того, чтобы они уважали выбор женщин и несли с ними совместную ответственность в вопросах, касающихся половой жизни и воспроизводства[1].

В программах по предоставлению информации о половых вопросах все больший упор делается на развитие у подростков навыков, необходимых для того, чтобы стать взрослыми людьми, и удовлетворение их потребностей в охране здоровья как взрослых людей. Улучшить знания молодых людей легче, чем оказать им помощь в развитии новых навыков. Кроме того, разработка программ занимает больше времени и требует больших затрат, т.к. преподаватели и сами молодежные лидеры должны сначала приобрести навыки, а после этого необходимо провести с ними соответствующую подготовку, чтобы они могли вести эффективную просветительскую работу среди других людей. Однако для того, чтобы молодые люди могли распространять информацию о своих потребностях, добиваться оказания им необходимых услуг и делать правильный выбор, крайне необходимы инвестиции. Для того чтобы не стать жертвами последствий половых связей без надлежащей защиты и вести здоровый и позитивный образ жизни, молодые люди нуждаются в информации и со-

14 ИЗМЕНЕНИЕ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЕ МАСШТАБОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ В УГАНДЕ В Уганде молодые люди играли решающую роль в сокращении масштабов распространения ВИЧ, благодаря чему показатели инфицирования ВИЧ среди взрослого населения сократились с 15 процентов в 1991 году до 5 процентов в 2001 году. Этому способствовало также увеличение возраста вступления молодых людей в половую связь, меньшее пользование услугами случайных половых партнеров и лиц, занятых в индустрии секса, а также расширение использования противозачаточных средств.

Главным образом эти достигнутые в Уганде успехи объясняются решительной политической поддержкой президента Мусевени и многосекторальных мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом, в принятии которых участвовало более 700 государственных учреждений и НПО. Общинные действия способствовали изменению моделей поведения и расширению прав и возможностей женщин и девушек и обучающейся и не обучающейся в школах молодежи, а также препятствовали дискриминации в отношении лиц, инфицированных ВИЧ.

Общение с членами общин и межличностное общение было одним из ключевых элементов распространения информации об изменении моделей поведения. В 1990 году был открыт первый центр по предоставлению консультаций и тестированию, а впоследствии поддержка стала оказывать всем тем, с кем были проведены тесты, независимо от их статуса.

Угандийская молодежь в значительной мере изменила модели своего сексуального поведения. В 1994 году в одном районе более 60 процентов учащихся в возрасте от 13 до 16 лет сообщили, что они уже ведут половую жизнь. В 2001 году этот показатель составил менее 5 процентов.

Уганда, имеющая богатый опыт разработки просветительских программ по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья, надеется охватить новой просветительской программой по ВИЧ/СПИДу 10 миллионов учащихся.

ответствующих навыках, и программы должны охватывать наиболее уязвимую и подвергающуюся риску молодежь.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИЗМЕНЕНИИ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДЕНИЯ Различные подходы, предназначенные для улучшения знаний, навыков и отношений, сегодня часто называют «распространением информации об изменении моделей поведения». Эта тема включает в себя такие аспекты, как репродуктивная биология, развитие человека, взаимоотношения и чувства, сексуальная коммуникация и способность вести переговоры, практика безопасного секса (включая воздержание, более поздний «сексуальный дебют» и ограниченное число партнеров), а также методы защиты от беременности и заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ.

Методы представления информации могут включать в себя формальные и неформальные обычаи, постановку спектаклей, использование средств массовой информации (включая телевидение, радио, газеты и другие печатные материалы, и все чаще электронные средства), телефонные «горячие линии» и межличностное общение и предоставление консультаций. На основе использования нескольких из указанных форм информации одна программа может охватить различные сегменты молодежи и сделать информацию более актуальной.

Такой подход может способствовать повышению спроса на услуги в области охраны репродуктивного здоровья, обеспечить то, чтобы общины согласились на оказание таких услуг, оказать поддержку молодым людям в их использовании, широко представлять информацию в местах оказания этих услуг и убедить молодых людей в том, что эти услуги ориентированы на них. При осуществлении таких мероприятий необходимо учитывать различные потребности молодежи, прежде всего разницу в информации, навыках, возможностях и доступе молодых мужчин и молодых женщин.

В Замбии показатель распространения ВИЧ среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет сократился с 28 процентов в 1993 году до 15 процентов в 1998 году. Это объясняется тем, что благодаря мероприятиям, направленным на изменение моделей поведения молодых людей, они имеют меньшее число половых партнеров и пользуются противозачаточными средствами. Крайне важное значение для достижения успеха в этом имеет оказание поддержки молодым людям в воздержании и обеспечении того, чтобы те, кто хочет вести половую жизнь, имели доступ к противозачаточным средствам.

В Бразилии увеличилась доля подростков, сообщивших о том, что они пользуются противозачаточными средствами. В 1994 году лишь 4 процента подростков заявили, что пользовались противозачаточным средством во время своего первого полового контакта. В 1999 году почти половина (48 процентов) отметила, что пользуется контрацептивами регулярно. Это объясняется улучшением информированности населения о болезнях, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДе, а также трудностях, связанных с нежелательной беременностью[2].

Получение информации подростками

Подростки указывают на различные источники, из которых они получают информацию о половой жизни и репродуктивном здоровье. Часто значительная доля молодых людей в основном полагается на наименее надежные источники: другие молодые люди или развлекательные средства массовой информации. Молодежь пользуется различными источниками для получения разного рода информации, и средства массовой информации могут быть важным средством для получения информации о ВИЧ/СПИДе.

Часто родители не являются основным источником информации, хотя молодые женщины могут доверительно относиться к предоставляемой их матерями информации о менструации и рисках, связанных с беременностью[3].

Молодые мужчины чаще полагаются на информацию учителей, работников сферы здравоохранения и своих друзей.

Неправильное восприятие такой информации может привести к формированию рискованных моделей поведения. Например, «девушка не может забеременеть во время первого полового акта»; «вирус ВИЧ может распространяться даже в случае применения презервативов»; «например, нельзя внешне определить тех, кто заражен ВИЧ/СПИДом»[4].

В исследованиях по вопросу о знаниях, мировоззрениях и практике молодых людей отмечается, что они испытывают как чувство беспокойства, так и чувство досады, вызванное незнанием ими многих вопросов; с одной стороны, они уверены в том, что имеют полную информацию, а с другой — в том, что знают слишком мало. Вступая во взрослую жизнь, часто молодые люди испытывают озабоченность в связи со случайной беременностью, ВИЧ/СПИДом и другими угрозами для своего здоровья, однако им трудно публично обсуждать эти вопросы.

Молодые женщины могут бояться того, что, если они затронут эти вопросы, то о них сложится соответствующее мнение. Молодые мужчины могут считать, что вопрос о беременности женщины не имеет к ним никакого отношения. Как правило, молодые люди недооценивают опасности, связанные с заболеваниями, передаваемыми половым путем, и ВИЧ/СПИДом для самих себя и своих партнеров[5]. Молодые люди не хотят, чтобы создалось впечатление о том, что они проявляют слишком большой интерес к сексуальным вопросам[6].

Часто взрослые не хотят обсуждать вопросы о сексуальном и репродуктивном здоровье с подростками, иногда стес-

няясь поднимать «приватные вопросы, иногда потому, что они думают, что такие беседы повысят их интерес к сексу. Родители, работники сферы просвещения или здравоохранения могут не иметь точной информации или же соответствующей подготовки для того, чтобы проводить такие беседы с молодежью. Относительно небольшой объем информации молодежи о сексуальном и репродуктивном здоровье поступает из этих источников[7], однако в одном из проведенных в Германии исследований установлено, что 69 процентов девушек основную информацию по этому вопросу получили от своих матерей. Для подростков родители являются более важными источниками[8].

Сегодня молодые люди, как правило, получают случайную информацию от членов семей, друзей, ровесников, а также из школы, телепередач, кино и Интернета. Результатом этого являются такие широко распространенные явления, как неосведомленность, неполная информированность, ложные установки и мифы. Оптимальным решением этой проблемы, прежде всего в отношении подростков старшего возраста, является просветительская работа по сексуальным вопросам на официальном уровне. Далеко не одинаково качество реализуемых программ, однако в проведенных исследованиях неоднократно подтверждалось, что своевременная и полная информация для людей соответствующего возраста способствует формированию ответственных моделей поведения и, как правило, началу сексуальной активности в более позднем возрасте[9]. Важными являются такие факторы, как наличие, точность и своевременность информации для подростков на соответствующем этапе их развития. Молодые люди хотят получать такую информацию, высоко оценивают ее и будут принимать соответствующие меры[10].

Половое воспитание в школах

На протяжении нескольких последних десятилетий был внесен ряд изменений в учебные программы, связанные с охраной сексуального и репродуктивного здоровья. Эта тема включала в себя такие аспекты, как ответственность родителей (прежде всего для беременных девушек-подростков), семейная жизнь (иногда в рамках этого предмета не рассматривались вопросы, связанные с половой жизнью), демография (широкий комплекс подходов) и в последнее время планирование семейной жизни или же формирование навыков, необходимых для жизни (эта тема может включать или не включать в себя вопросы, связанные с сексуальном).

После проведения МКНР вопросы, касающиеся половой жизни, репродуктивного здоровья, формирования необходимых для жизни навыков и планирования жизни были признаны в качестве основных компонентов просветительской работы в области репродуктивного здоровья. Сегодня гендерным вопросам, которые не учитывались во многих осуществлявшихся ранее мероприятиях, уделяется приоритетное внимание.

Изменились также методы обучения и сегодня применяется не дидактический подход, а подход, в рамках которого больший упор делается на участие учащихся в учебном процессе и приобретение навыков, прежде всего навыков общения.

Основываясь на обзоре реализуемых в США программ в области полового воспитания, один эксперт пришел к выводу о том, что школьные программы являются наиболее успешными в тех случаях, когда они основаны на четкой, последовательной и точной информации; основной упор делается на изменении моделей сексуального поведения, результатом которых являются нежелательная беременность и инфекции; учитываются возрастные и культурные особенности; в их основе лежат теоретические рамки, оказавшиеся успешными для изменения моделей поведения, связанных с охраной здоровья; используются методы преподавания, предусматривающие привлечение учащихся и учитывающие со-

15 **СОДЕЙСТВИЕ ШКОЛ УМЕНЬШЕНИЮ МАСШТАБОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ** В ходе исследований, проведенных в Мексике, Южной Африке и Таиланде, были установлены некоторые ключевые элементы успешной реализации школьных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, а именно:

- преподаватели должны быть подготовлены для работы со студентами, имеющими самый различный сексуальный опыт, начиная от тех, кто еще не имел сексуальных контактов, и кончая теми, кто стал жертвой насильственного секса;
- стратегии обсуждения вопроса о сексе или отказа от него должны учитывать непостоянный характер половой жизни подростков;
- в рамках учебных курсов должны рассматриваться вопросы, связанные с влиянием ровесников на половую жизнь, а также нормы, связанные с ролью мужчин, женственностью и самоуважением;
- в рамках программ необходимо учитывать вопросы использования противозачаточных средств, с тем чтобы молодые люди, вступающие в половую жизнь, могли предохраняться и уверенно чувствовать себя;
- необходимо организовать подготовку учащихся по точной оценке риска инфекции;
- преподаватели и составители учебных программ должны признать то, что учащиеся имеют определенную информацию о ВИЧ/СПИДе, однако неправильно понимают этот вопрос или же не имеют информации о связанных с ней других аспектах;
- реализуемые программы должны затрагивать вопрос о людях, инфицированных ВИЧ/СПИДом.

циальные особенности; создаются стимулы для участия преподавателей[11].

Необходимо проводить подготовку преподавателей для разъяснения вопросов, связанных с передачей ВИЧ. В рамках осуществлявшихся в школах программ по борьбе со СПИДом в Ботсване, Малави и Уганде было установлено, что отсутствие времени, ресурсов и профессиональной подготовки преподавателей подорвало усилия, связанные с подготовкой учебных программ, предоставлением консультаций и ведением просветительской работы[12]. В исследовании, проведенном в Колумбии, было установлено, что «преподаватели часто не готовы к обсуждения вопросов о половой жизни с подростками»[13]. В ходе оценки успешной и являющейся в настоящее время обязательной просветительской программы по борьбе со СПИДом в Зимбабве было отмечено, что составители учебных программ и преподаватели нуждаются в дополнительной подготовке для разъяснения вопроса о необходимости привлечения к этому процессу учащихся[14].

В исследовании, проведенном в 2000 году в Мексике, Южной Африке и Таиланде, было установлено, что учащиеся нуждаются в значительном объеме дополнительной информации о ВИЧ и безопасном сексе[15]. В проведенном в Колумбии исследовании отмечалось, что «молодые люди, как правило, не имеют достаточной информации о половой жизни и охране здоровья, в том числе противозачаточных средствах, планировании семьи и ВИЧ/СПИДе»[16].

В исследовании, проведенном недавно в 107 странах, было установлено, что в 44 странах темы, касающиеся СПИДа, не включены в учебные программы[17].

Имеются большие возможности для того, чтобы охватить просвещением по половым вопросам широкие слои населения, по крайней мере в странах, где большая доля молодых людей посещает школы. Одной из главных задач является расширение использования подходов и учебных программ.

Среди родителей и лидеров общин распространено ложное представление о том, что половое воспитание приведет к тому, что молодые люди начнут половую жизнь в раннем возрасте. Оценки показали, что такие опасения безосновательны. В двух наиболее исчерпывающих обзорах исследований, основанных на школьных программах, а также исследованиях ВОЗ и Национальной кампании по предупреждению подростковой беременности США, делается вывод о том, что программы полового воспитания не способствуют повышению половой активности молодых людей[18]. В проведенном в США исследовании также делается вывод о том, что программы по борьбе с ВИЧ способствовали сокращению числа половых партнеров и расширению использования противозачаточных средств.

Однако продолжается обсуждение вопроса о целесообразности пропагандирования только воздержания от половой жизни как средстве предупреждения нежелательной беременности и болезней, передаваемых половым путем, или же предоставления более всеобъемлющей информации по этому вопросу, при этом следует отметить, что самое широкое обсуждение ведется в Соединенных Штатах Америки.

ОСНОВА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВИЧ/СПИДА Для ликвидации пандемии потребуется применение самых различных подходов, включающих в себя профилактику и лечение. Расходы на предупреждение инфекции как с финансовой, социальной, так и личностной точек зрения значительно ниже, чем затраты на лечение. Все более популярным, особенно в странах Африки, становится «базовый» подход к этому, предусматривающий следующие элементы: воздержание от секса, верность одному партнеру и правильное и постоянное использование противозачаточных средств. Четвертый элемент этого подхода предусматривает сокращение масштабов злоупотребления такими средствами, как наркотики и алкоголь. В рамках этого подхода предусматривается также предоставление информации о необходимости проверки заболеваний, передаваемых половым путем (повышающих риск передачи ВИЧ в результате полового акта без предохранения) и их лечение.

По мере того, как многие молодые люди получают информацию о ВИЧ/СПИДе и о том, как избежать их, они меняют свои модели поведения. Масштабы распространения ВИЧ в Уганде сократились в значительной степени потому, что сегодня молодые люди вступают в половую связь в более позднем возрасте и имеют меньшее число половых партнеров, чем несколько лет назад, а те, кто ведет половую жизнь, пользуются противозачаточными средствами.

Предоставляемая в рамках этого подхода информация не представляет трудности для понимания, однако в силу социальных, культурных и гендерных норм в некоторых местах на практике трудно реализовать осуществление связанных с ней положений. Часто молодые женщины не могут воздерживаться от секса или же обсуждать вопрос об использовании противозачаточных средств со своими партнерами[19].

Каждый компонент такого подхода должен быть представлен на комплексной и сбалансированной основе. При пропагандировании воздержания не учитывается возможность того, что некоторые молодые люди будут вступать в «опасные» половые отношения: например, молодые мужчины, обращающиеся за сексуальными услугами к проституткам, или же молодые мужчины и женщины, не имеющие информации об опасности заражения инфекцией и имеющие нескольких партнеров. Пропагандирование использования противозачаточных средств в качестве 100 процентной защиты также может способствовать поощрению моделей поведения высокой степени риска[20].

УСПЕШНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММ В Намибии девушки, участвовавшие в программе под названием «Мое будущее — это мой выбор», имели больше возможностей оставаться девственницами в течение 12 месяцев после завершения программы, чем девушки, которые не участвовали в ней[21].

В Монголии при поддержке ЮНФПА правительство приняло четкое политическое решение об оказании поддержки в деле полового воспитания для всех, начиная с третьего класса, и в рамках этого обучения основной упор делался на гендерный фактор[22]. Сегодня этот курс преподается в 60 процентах средних школ страны. Преподаватели и учащиеся положительно оценивают этот учебный курс, однако они выражают озабоченность по поводу его непродолжительности[23].

Колумбия приступила к осуществлению деятельности в этом направлении еще до МКНР: курс полового воспитания является обязательным в программах начальной и средней школы с 1993 года. Хотя на эту программу выделяется недостаточно финансовых средств, а учителя не имеют соответствующей подготовки, в настоящее время он преподается в большинстве школ[24]. В период с 1997 по 1999 год благодаря учебному курсу 8000 молодых людей получили дополнительную информацию о ВИЧ/СПИДе и изменили свои модели поведения[25]. Основываясь на накопленном в этой области опыте, совместно с НПО министерство по вопросам здравоохранения, образования и семьи разработало национальные механизмы полового воспитания.

В Южной Африке национальные департаменты по вопросам образования и здравоохранения приступили к осуществлению учебной программы «Жизненные навыки» в государственных средних школах[26]. В средних школах Мексики была апробирована одна из форм такой программы, называвшейся «Планирование твоей жизни»; после ее завершения родители, преподаватели и учащиеся высказались за ее включение в официальную учебную программу. Учащиеся получили знания о противозачаточных средствах, и есть основания полагать, что они реже будут вступать в половые контакты, чем те, кто не участвовал в этой программе. Вместе с тем следует отметить, что ведущие половую жизнь учащиеся, прошедшие курс, скорее будут пользоваться противозачаточными средствами, чем те, кто не был охвачен им[27].

В рамках осуществляемого при поддержке ЮНФПА проекта на оккупированных палестинских территориях вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья, и гендерные вопросы включались в учебные расписания школ, программы обучения для взрослых и просветительские программы для молодежи. Молодежные лидеры смогли провести дискуссии по вопросам, которые раньше считались «запрещенными»[28].

В странах, в которых не проводится обучение по половым вопросам, часто осуществлялись экспериментальные проекты. В шести начальных и средних школах в Рио-де-Жанейро и Ресифе БЕНФАМ (Бразильская ассоциация планирования семьи) оказала помощь в том, чтобы включить в учебные программы курсы, касающиеся профилактики заболеваний, передаваемых половым путем/ВИЧ, в том числе предоставление консультаций на местах и направление в поликлиники. Результатом этого стало расширение использования противозачаточных средств и увеличение числа учащихся, имеющих информацию о том, где предоставляются услуги в области охраны репродуктивного здоровья. Кроме того, улучшилась связь между учащимися и преподавателями и детьми и родителями[29].

ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВОГО И ПОЛИТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА В целях оказания поддержки школьным программам недавно ряд стран внесли изменения в законы и политику в этой области:

- в 2001 году Китай ввел в действие закон о народонаселении и планировании семьи, предусматривающий организацию учебного курса в школах по вопросам психологического здоровья, половой зрелости и сексуального здоровья[30].

- в 2000 году в Габоне был принят закон, обеспечивающий предоставление информации и организацию профессиональной подготовки по вопросам гигиены, питания и профилактики болезней, передаваемых половым путем, для девушек и юношей[31];

- в 2002 году в Панаме был принят закон, определяющий политику в отношении беременных подростков. Одно из положений этого закона требует, чтобы Министерство здравоохранения проводило подготовку и предоставляло информацию учителям, с тем чтобы они могли консультировать беременных подростков по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья[32];

- В 2000 году в Гондурасе был принят закон о равных возможностях для женщин, который, в частности, предусматривает, что правительство должно включать курсы по демографическим вопросам в программу обучения в школах, в том числе информацию о половой жизни, воспроизводстве и предупреждении болезней, передаваемых половым путем, и нежелательных беременностей[33].

ПРИВЛЕЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ Многие родители не знают, как доводить информацию о сексуальном и репродуктивном здоровье до своих детей, хотя они хотели бы делать это. В ходе прове-

денного в конце 90х годов прошлого века обзора среди родителей в Мексике было установлено, что 87 процентов из них высказались за то, чтобы в школе преподавался предмет о половом воспитании[34]. В рамках исследований, проведенных в других странах, были получены аналогичные выводы.

ЮНФПА и другие организации разработали программы, направленные на оказание помощи родителям в предоставлении подросткам эффективной информации о половом воспитании. Организации «Фэмили кэр интернэшнл» и африканское отделение Международной федерации планирования родительства подготовили материалы, целью которых является содействие предоставлению такой информации; молодые люди получают информацию, заставляющую их проявлять уважение к своим родителям, и перенимать их опыт[35]. Однако родители настаивают на том, чтобы такие материалы отвечали их культурным установкам. В этой связи необходимо привлекать их для разработки подобных программ и наблюдения за их реализацией.

НЕФОРМАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ В случае низких показателей посещения школ или же при наличии специальных потребностей какая-либо целевая группа может быть охвачена неформальным образованием. Например, Комитет развития сельских районов Бангладеш создал неформальные начальные школы для сельских детей в возрасте от 10 до 15 лет, которые никогда не посещали школы; 70 процентов из них — девочки. Программа готовит учащихся для поступления в обычные школы. В учебное расписание включены темы, касающиеся репродуктивного здоровья. Особый упор делается на привлечение родителей[36]. Создано около 350 таких школ. В рамках этого проекта обеспечивается улучшение понимания общественностью потребностей подростков и оказывается воздействие на изменение сложившихся в общинах норм[37].

В Египте организация «Новые горизонты» привлекла лидеров общин, работников сферы здравоохранения, религиозных лидеров и родителей к разработке неформальной программы для передачи имеющей важное значение информации о жизненных навыках и репродуктивном здоровье девушкам в возрасте от 9 до 20 лет. С 1995 года более 100 НПО осуществляли эту программу в семи провинциях[38].

16 **КОНСУЛЬТАНТЫ-СВЕРСТНИКИ В СОУЭТО РАЗВЕИВАЮТ ОПАСЕНИЯ И МИФЫ** 23-летняя Ммагохотши Морема работает в качестве добровольного преподавателя-сверстника в молодежном центре Ассоциации планируемого родительства Южной Африки в Соуэто. В этом центре после окончания учебы молодежь может послушать музыку, почитать или же просто поговорить.

«Девушка может прийти за информацией по вопросам, касающимся секса или отношений с другими людьми. Со мной она говорит откровеннее, чем с людьми более старшего возраста», — говорит Морема.

«Если она обратится в поликлинику, то у медицинского персонала возникнет впечатление, что она состоит в половой связи».

Мы распространяем информацию о позитивном образе жизни, обоснованном выборе, заболеваниях, передаваемых половым путем, и о наркотиках. Однако выбор делаем не мы.

В функции Моремы входит искоренение неправильных представлений о жизни. «Многие девушки считают, что если они будут пользоваться таблетками, они станут бесплодными или же получат целлюлит. Когда они понимают, что таблетки не принесут им вреда, они начинают употреблять их».

«Некоторые женщины считают, что если они будут использовать определенные сексуальные позиции, то не забеременеют. Они не имеют никакой информации о менструальном цикле и ничего не знают об определенных днях, когда могут забеременеть. Мы предоставляем им информацию о детородных органах и мужских и женских половых органах».

Родители также приходят в центр. «Одна мать думала, что в нашем центре детей учат сексу. Я дала ей одну из наших брошюр и разъяснила, какую информацию мы предоставляем детям. Мы говорим матерям и отцам, что, если девушка обращается в поликлинику, это не значит, что она ведет половую жизнь».

«Мы учим детей разговаривать с подростками. Нельзя угрожать им», — говорит Морема. «Если сказать им правду, они лучше поймут».

«Мы даем основные сведения. Многие молодые люди считают, что главным является воздержание; они воздерживаются от половой жизни. Некоторые сокращают число партнеров. Многие молодые люди обращаются в поликлиники, с тем чтобы получить противозачаточные средства. Они боятся умереть. Мы демонстрируем им, как пользоваться этими средствами. Некоторые отказываются от них. Они утверждают, что «нельзя насладиться конфетой, если она обернута в целлофан». Но именно эти молодые люди заражаются болезнями, передаваемыми половым путем».

Морема участвует в инициативе «Миллион голосов» Ассоциации планируемого родительства Южной Африки, которая в течение трех лет планирует охватить своими мероприятиями три миллиона молодых людей. «С руководством учебных заведений мы договариваемся о том, чтобы пригласить учащихся на беседу. Тех, кто не посещает школы, мы пытаемся охватить в таких местах, как супермаркеты и клубы

Это ответственная работа, требующая много времени. Почему же Морема занимается ей? «У меня есть сын, — объясняет она. — У меня не было достаточной информации о беременности. Моя мама пыталась испугать меня, сказав, что если я вступлю в половые отношения, то испытаю боль. И я ничего не знала о своих правах. Мама обыскивала мою комнату в поисках противозачаточных средств. Для того, чтобы обратиться в поликлинику, необходимо иметь карточку. Я боялась иметь такую карточку, поскольку боялась, что она найдет ее. Вместо посещения поликлиники я пользовалась графиком менструаций. Возможно, это была моя ошибка, и я родила, когда мне было 20 лет».

«Я люблю работать с молодежью; это мое призвание. Я верю в мифы. Моя цель состоит в том, чтобы разогнать «черные облака», висящие над молодыми людьми. Так я и поступаю».

Обучение и предоставление консультаций ровесниками

ОБУЧЕНИЕ РОВЕСНИКАМИ В последние годы обучение ровесниками стало одним из наиболее общепринятых подходов к решению проблем, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем подростков. Обучение ровесниками — это подход или стратегия, предусматривающая привлечение членов какойлибо группы к тому, чтобы произвести какиелибо изменения в стиль жизни членов этой же группы. Все чаще публикуются оценки программ, в которых документально обосновывается их воздействие на целевые аудитории. Однако следует отметить, что существенное воздействие в рамках этих программ оказывается на самих преподавателей-ровесников в таких областях, как расширение имеющихся знаний и применение более безопасных моделей сексуального поведения[39].

В странах Восточной Европы, бывшем Советском Союзе ЮНФПА осуществлял активную деятельность по реализации и оценке многосекторальных программ обучения ровесниками и контролю за ними, с тем чтобы укрепить доверие к этим программам в регионе, а также расширить использование программ полового воспитания. За прошедшие два года в рамках этого проекта в 27 странах было осуществлено 158 мероприятий по подготовке 165 преподавателей из числа ровесников, результатом чего стал охват 31 000 молодых людей, а гендерные вопросы были включены в подготовку по профилактике ВИЧ/СПИДа. В проекте использовалась информационная технология «Электронный ресурс обучения молодежи сверстниками» (Y-PEER). В настоящее время эта программа объединяет 370 преподавателей-сверстников из 27 стран, которые имеют доступ к информационным материалам и учебным программам.

В Нигерии и Гане в рамках программы «Западноафриканская молодежная инициатива» мероприятия по обучению сверстниками направлены на обеспечение того, чтобы информация, просвещение, консультации и услуги в области репродуктивного здоровья были более доступными для обучающейся и не обучающейся в школах молодежи. Этот проект осуществляется молодежными организациями на низовом уровне. Он оказывает существенное воздействие на модели поведения участников, в том числе способствует расширению использования противозачаточных средств[40].

В Камеруне была создана организация «Антер ну жён», целью которой было расширение использования противозачаточных средств и сокращение заболеваний, передаваемых половым путем, ВИЧ и нежелательных беременностей среди подростков. Преподаватели-сверстники осуществляли групповую и индивидуальную деятельность на основе предоставления необходимой информации и направления молодых людей в медицинские учреждения. Благодаря этому улучшились знания молодежи по вопросам охраны репродуктивного здоровья и расширило использование противозачаточных средств[41]. Результатом осуществления проекта с привлечением преподавателей-сверстников, осуществлявшегося Ассоциацией по планированию семьи в Доминиканской Республике, также стало расширение использования контрацептивов[42].

В Замбии распределение противозачаточных средств осуществлялось одновременно с предоставлением подросткам займов на открытие мелких предприятий. Результатом мероприятий стали более безопасные модели сексуального поведения, однако обучение сверстниками оказалось более эффективным[43].

В Эфиопии, где национальные показатели распространения ВИЧ составляют 7,3 процента (13,4 процента в городских районах), была подготовлена первая группа из 60 молодежных консультантов для борьбы с ВИЧ/СПИДом. Они будут предоставлять консультации в центрах по борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем[44].

Программы обучения сверстниками могут включать в себя такой вопрос, как неравенство мужчин и женщин, способствующее ухудшению сексуального и репродуктивного здоровья. В исследовании, проведенном в Южной Африке, было установлено что программы могут быть успешными в том случае, если они будут способствовать улучшению понимания молодыми людьми того, как доминирующие гендерные нормы могут ухудшить их сексуальное здоровье[45]. Осуществляемый отделениями организаций австралийского и лаосского Общества Красного Креста проект предусматривает реализацию мероприятий, направленных на то, чтобы молодые женщины могли приобретать и использовать противозачаточные средства[46].

Некоторые программы нацелены на сокращение риска инфицирования ВИЧ девушками-подростками. Одна из этих программ, осуществляемая в одном из университетских городков в Нигерии, охватывает молодых женщин, состоящих в связи с более старшими по возрасту мужчинами за деньги,

17 **ОБЩЕНИЕ С ЧЛЕНАМИ ГАНГСТЕРСКИХ ГРУПП** В 1996 году, пытаясь порвать с прошлой жизнью, члены гангстерской группы в Сальвадоре основали организацию «Хомис унидос». В результате продолжавшейся в течение 12 лет войны многие дети в Сальвадоре были брошены на произвол судьбы, и создали уличные гангстерские группировки. Жизнь членов этих группировок была непродолжительной и опасной.

Основатели организации «Хомис унидос» хотели решить проблемы, связанные как с насилием, так и с опасностью для здоровья. Опыт подсказал им, что для этого было необходимо приобщить членов гангстерских группировок в качестве консультантов-сверстников, с тем чтобы привлечь других членов этих группировок и работать с ними, зная соответствующий «язык», кодекс поведения и традиции.

с тем чтобы возместить плату за обучение. Мероприятия с участием ровесников способствуют обсуждению вопросов об опасности ВИЧ и необходимости использования противозачаточных средств[47]. В южной части Нигерии организация «Гелз пауэр инишиатив» предусматривает формирование навыков для решения различного рода проблем девушек-учащихся. Так, например, на встречу с учителями-мужчинами девушкам рекомендуется взять с собой кого-либо из знакомых, с тем чтобы не допустить сексуальной эксплуатации[48].

В Гане, где показатель инфицирования подростков ВИЧ относительно низкий (2,2 процента среди лиц в возрасте от 10 до 19 лет), программами обучения сверстниками охвачено 75 000 посещающих и не посещающих школу молодых людей, в том числе беспризорных и тех, кто занят в индустрии секса. Участники программ изучают вопросы, касающиеся профилактики заболеваний, воздержания и использования противозачаточных средств, и передают эту информацию своим друзьям. Благодаря пропагандистской деятельности, которая дополняет обучение сверстниками, были иммунизированы, получили консультации, первую помощь и информацию о состоянии здоровья тысячи беспризорных детей; многие из них живут в приютах, имеющих отношение к указанным программам.

В ходе проведенной оценки было установлено, что благодаря этим программам были решены многие проблемы. Преподаватели-сверстники столкнулись с полным незнанием и непониманием таких тем, как предупреждение беременности, менструация и половая гигиена, что указывает на необходимость предоставления информации по широкому кругу вопросов, касающихся репродуктивного здоровья[49].

Наиболее эффективно просветительская работа сверстниками может охватывать молодых людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и она создает стимулы для молодежи защитить себя от заражениями инфекцией. В Гаити Ассоциация национальной солидарности, являющаяся организацией лиц, инфицированных ВИЧ/СПИДом и пострадавших от этой инфекции, провела встречи в интересах молодых людей. Они позитивно отреагировали на призыв имеющего позитивную реакцию на ВИЧ руководителя этой организации не вступать в половые связи в раннем возрасте и быть верными своим партнерам[50].

КОНСУЛЬТАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ РОВЕСНИКАМИ Эта концепция предусматривает предоставление консультаций для удовлетворения потребностей, связанных с половой жизнью, эмоциями, моделями поведения и социальным статусом, отдельным лицам (или группам лиц), консультантами, являющимися их ровесниками. Целью таких консультаций является предупреждение и решение проблем, содействие получению информации и формирование моделей поведения, а также полноценное развитие людей и общин.

В то время как обучение ровесниками направлено на то, чтобы предоставить знания и сформировать навыки, необходимые для того, чтобы члены целевой группы приняли обос-

18 **«КАК ЭТО МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ?»** Самые быстрые темпы распространения ВИЧ/СПИДа приходятся на Восточную Европу. Многие молодые люди, также, как и взрослые, могут привести любое количество причин, объясняющих, почему они не используют противозачаточные средства.

«Мне стыдно делать это», – признается один мужественно выглядящий любитель поп-музыки.

«Я люблю все натуральное», – говорит парень, одетый в черное с татуировкой на руке.

«Мы верим друг другу», – говорят прижавшиеся друг к другу влюбленные.

Усилия по борьбе с таким мировоззрением является основным направлением новой осуществляемой при поддержке ЮНФПА кампании, проводимой находящейся в Вашингтоне организацией «Попьюлэйшн сервисиз интернэшнл».

«Как это можно объяснить?» – это основная тема кампании. Ее главный лозунг: «Объяснения этому нет. Пользуйтесь противозачаточными средствами».

Кампания, нацеленные на лиц в возрасте от 15 до 25 лет, предусматривает выпуск рекламных объявлений, плакатов, маек, теле- и радиореклам, а также распространение противозачаточных средств. Эта кампания началась на спортивных и музыкальных мероприятиях на острове Ада в Белграде в апреле, когда участие в ней приняли около 100 000 молодых людей, и продолжилась в Софии, Болгария, в мае. После этого она будет осуществляться в Боснии и Герцеговине.

«Я делаю то, что хочу, но я знаю, что я делаю» – это лозунг другой осуществляемой при поддержке ЮНФПА кампании, целью которой является содействие применению безопасных методов поведения среди албанской молодежи.

Убеждение молодых людей не допускать рискованных моделей сексуального поведения – это приоритетное направление деятельности ЮНФПА в регионе. «Сегодня «окно возможностей» в Восточной Европе закрывается, и ВИЧ приобретает масштабы эпидемии», – говорит доктор Александр Бодироза, работающий в ЮНФПА специалист по вопросам охраны репродуктивного здоровья подростков и ВИЧ/СПИДа. «Осуществляя мероприятия, направленные на изменение моделей поведения молодежи, мы можем спасти жизнь сотен тысяч молодых людей». В настоящее время в регионе лишь 40 процентов посещающей школы молодежи и 3 процента молодых людей, не обучающихся в школах, охвачены программами, направленными на изменение моделей поведения.

Проведение таких кампаний, как «Как это можно объяснить?» является одной из стратегий в области изменения моделей поведения. Обучение сверстниками – это стратегия, осуществляемая в этом же направлении. Третьим элементом всеобъемлющего подхода, на основании которого ЮНФПА оказывает поддержку в предупреждении распространения инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД, является оказание ориентированных на молодежь услуг в области охраны репродуктивного здоровья.

нованные решения, в рамках консультаций, предоставляемых ровесниками, вносятся изменения в сложившиеся социально-культурные нормы. Поэтому необходимо проводить дополнительную подготовку консультантов-ровесников, а кроме того они должны постоянно контактировать со своими клиентами для того, чтобы закрепить отношения, установленные в ходе консультаций.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИЙ СВЕРСТНИКАМИ НА ФИЛИППИНАХ

Предоставление консультаций сверстниками является главным элементом осуществляемой ЮНФПА программы по поддержке проектов, поощряющих улучшение охраны сексуального репродуктивного здоровья молодых людей на Филиппинах[52].

Пример Университета Святой Марии в Нуэва-Вискайе демонстрирует, как католическое учебное заведение может включать вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья подростков, в свою учебную программу, несмотря на то, что они носят весьма деликатный характер. Консультантам-сверстникам легко распространять информационные материалы, касающиеся репродуктивного здоровья, на территории Университета.

В Маниле консультанты-сверстники организовали в университетском городке первый конкурс стихов о любви. Студенты с энтузиазмом участвовали в нем и откровенно обсуждали вопросы, касающиеся любви и секса. В городе Давал несколько консультантов-сверстников сами когда-то участвовали в подобном проекте. Один из них по имени Билэй когда-то был членом молодежном гангстерской группировки, занимающейся распространением наркотиков и кражами, но отказался от этого и стал членом молодежного центра. Сегодня он использует свой талант для организации постановок театральной группы «Каугмаон».

Охват молодежи, не обучающейся в школе

Главной проблемой по-прежнему является охват подростков, не обучающихся в школах. В некоторых программах были определены способы использования преподавателей-ровесников для охвата этой целевой группой. Другие перспективные программы, спонсорами которых являются молодежные организации, объединяют информационную деятельность с деятельностью по получению дохода и созданием микропредприятий. Хотя эти группы извлекли важный опыт, некоторые программы, как правило, небольшие и их трудно расширить, поскольку они не имеют соответствующей сети или структуры.

Ассоциации по планированию семьи в Белизе и Перу добились успеха в охвате не посещающей школы молодежи на основе осуществления программы по предоставлению консультаций сверстниками в области постановки спектаклей и танцев, а также реализации стратегии, предусматривающей получение доходов[53].

В сотрудничестве с Программой соответствующих технологий по охране здоровья Ассоциация скаутов в Кении разработала 72часовую программу развития навыков семейной жизни, включающую в себя такие аспекты, как принятие решения, здоровье и гигиена, заболевания, передаваемые половым путем, и ВИЧ, половая жизнь, взаимоотношения и репродуктивное здоровье[54]. Руководители скаутов прошли подготовку, необходимую для проведения занятий и работы с родителями по улучшению общения с молодежью, в том числе по вопросам секса. Проведенная оценка продемонстрировала, что сотрудничество с однородными группами подростков, не посещающих школы, эффективнее, чем включение их в группы сверстников, обучающихся в школах. В 1998 году ЮНФПА оказал поддержку в расширении этой программы в целях обеспечения того, чтобы через четыре года она охватывала все организации скаутов в стране.

Так же как и организация «Хомис унидос» (см. втяжку), осуществляемая в Таиланде программа «Лайфнет» направлена на оказание поддержки в создании сетей и формировании соответствующих навыков преподавателей-подростков среди

19 БОРЬБА МОЛОДЕЖИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ВИРТУАЛЬНОМ УРОВНЕ На межгалактическом уровне ведется война. Ваша задача, как члена Конфедерации Земли, состоит в том, чтобы убить тех, кто живет на Итесиусе – планете инфекций, передаваемых половым путем. Это бедствие будет искоренено лишь в том случае, если вы правильно ответите на ряд вопросов о передаче заболеваний, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДе, и их симптомах, а также о том, как предупредить их.

«Венерикс» – это компьютерная игра, посвященная заболеваниям, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДу, ставшая популярной среди румынской молодежи лишь несколько месяцев назад. Она была подготовлена Фондом «Молодежь для молодежи», учрежденном в 1991 году, целью которого является обеспечение того, чтобы молодежь могла вести здоровый образ стилем жизни и применять ответственные модели поведения.

Учитывая время, которое румынская молодежь уделяет Интернету, разработчикам «Венерикса» удалось дополнить эту программу такими аспектами, как общение с ровесниками, необходимость принятия ответственных решений, использование презервативов и других противозачаточных средств.

В целях привлечения внимания молодых людей подготовлен веб-сайт: www.venerix.ro. Кроме того в средних школах и в Интернет-кафе стала осуществляться активная кампания по пропагандированию этой игры.

В целях обеспечения динамичного и интерактивного характера этой игры сайт постоянно улучшается. Кроме того, он используется в качестве форума для обсуждения вопросов, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья. В прошлом году было зарегистрировано 135 000 обращений на этот сайт.

молодых людей, относящихся к группам риска[55]. Эта программа включает в себя различные молодежные мероприятия, связанные с деятельностью других организаций в поддержку молодежи, а кроме того она привлекала местных лидеров к участию в мероприятиях, направленных на улучшение отношения к молодым людям. В рамках программы осуществлялось сотрудничество с владельцами баров и ночных клубов, а также были использованы возможности для ведения просветительской работы в местах, где молодежь проводила досуг. Молодые люди, участвовавшие в этом проекте, создали свою группу «Жизненный цикл», а также наладили выпуск информационного бюллетеня и создали «горячую линию» телефонной связи.

Средства массовой информации, развлечения и спорт

Средства массовой информации можно использовать для улучшения осведомленности общественности по основным вопросам, широкого освещения и поощрения ответственных моделей поведения и представления информации о соответствующих оказываемых услугах в общинах. В рамках программ используются различные формы представления соответствующей информации целевым группам населения. Часто средства массовой информации и развлечений являются эффективными механизмам охвата подростков.

«Сексто сентидо» («Шестое чувство») — это еженедельная никарагуанская «социальная мыльная опера», в которой затрагиваются такие сложные вопросы, как изнасилование, секс, употребление наркотиков и насилие в семье. Выпускаемая никарагуанской женской НПО «Пунтос де энкуэнтро», эта программа пользуется огромной популярностью, и ее смотрят до 80 процентов 13-17летних подростков, которым настоятельно предлагается — «контролируйте свою жизнь»[56]. Проблемы, затрагиваемые в этом сериале, обсуждаются также в ночных радиопередачах и программах подготовки молодежных лидеров.

Кроме того, в Никарагуа правительственные учреждения и НПО сотрудничали в реализации кампании «Хунтос десидимос куандо» («Мы вместе примем решение о том, когда необходимо принять меры»), нацеленной на сексуально активных и не ведущих половой жизни молодых людей, а также на молодых родителей. На радио, телевидении и в печатных материалах велась работа по пропагандированию таких вопросов, как регулирование периода между родами, начало половых отношений в более позднем возрасте и предупреждение нежелательной беременности и болезней, передаваемых половым путем. В рамках общинных конкурсов песни, танца, театральных постановок и концертов местные медицинские организации представляли информации и консультации по вопросам, касающимся репродуктивного здоровья. Противозачаточные средства распространялись в барах, на дискотеках и на автозаправочных станциях. Основная часть молодых людей была охвачена этой кампанией, и многие из них сообщили, что приняли соответствующие меры в связи с полученной информацией[57].

В Зимбабве при помощи радиопрограмм, телефонной «горячей линии», театральных постановок, печатных материалов (плакатов, брошюр и бюллетеней), а также преподавателей-сверстников молодые люди получали информацию об охране репродуктивного здоровья; благодаря этому они стали использовать менее опасные модели поведения. Кроме того, в рамках программы были учреждены местные комитеты молодежных действий и мобилизована поддержка со стороны родителей, преподавателей и общинных лидеров. Удалось добиться успеха в охвате как городской, так и сельской молодежи и проведении дискуссий по вопросам репродуктивного здоровья между молодежью и родителями, а также расширить масштабы охвата поликлиник и использования противозачаточных средств и содействовать тому, чтобы состоящие в половых отношениях молодые люди имели лишь одного полового партнера[58].

К числу других успешных мероприятий, осуществленных при помощи средств массовой информации, следует отнести радиопередачи в Замбии, Камбодже, Кении и Парагвае; подготовленные молодежью газеты в Объединенной Республике Танзании и Уганде; и телефонную линию «горячей связи» в Гватемале, Индии, Колумбии, Мексике, Перу, Уганде и на Филиппинах[59]. Такие формы работы обеспечивают конфиденциальность, и при их помощи можно добиться охвата большого числа молодых людей, в том числе неграмотных[60].

МУЗЫКА И ТЕАТР Когда известные музыканты посвящают свое творчество охране репродуктивного здоровья, молодые люди прислушиваются к ним. Так, например, «Художники против СПИДа во всем мире» — это группа музыкантов, занимающихся мобилизацией ресурсов для борьбы со СПИДом[61]. В Уганде мероприятие «Популярные мелодии надежды» привлекло 15 000 молодых людей, в основном мужчин, и после серии концертов была подготовлена песня, получившая наибольшую популярность и транслировавшаяся тремя радиостанциями страны[62].

В Западной Африке в рамках начатого в 1995 году проекта в области планирования семьи и предупреждения СПИДа пропагандировалась песня, называвшаяся «Проснись, Африка!»; в проведенной в 1999 году оценке было установлено, что половина молодежной аудитории слышали эту песню, и пятая часть молодых людей сообщили о том, что они изменили модели своего сексуального поведения, в том числе стали использовать противозачаточные средства и воздерживаться от секса.

В Хараре, Зимбабве, молодые люди смотрят программу

«Студия 263» — телевизионную «мыльную оперу», которая была поставлена в рамках всеобъемлющей программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом. В ней затрагиваются проблемы, с которыми сталкивается молодежь, а также пропагандируется воздержание, поддержка со стороны сверстников и начало половой жизни в более позднем возрасте[63].

Цель поставленной при поддержке ЮНФПА на Ямайке «мыльной оперы» состоит в том, чтобы развеять существующие мифы, широко осветить уязвимость молодых людей к воздействию ВИЧ и опасность случайных половых связей, а также пропагандировать использование противозачаточных средств и воздержание. Помимо мероприятий, осуществляемых в рамках этого проекта, была налажена «горячая линия» телефонной связи, а преподаватели-сверстники ведут среди молодых людей разъяснительную работу, связанную с использованием противозачаточных средств.

В Бразилии НПО «Криар Бразил» («Создание Бразилии») создала радиопрограмму для подростков из бедных городских районов страны. В 2001 году эту программу транслировали 1100 радиостанций[65].

«Аше» («Африканское слово»), символизирующая внутреннюю силу и самоуважение на Ямайке — это НПО, осуществляющая деятельность, направленную на формирование у молодых людей чувства самоуважения, с тем чтобы они могли принимать решения в своих интересах. Эта организация поставила пьесу «В мире секса», касающуюся развития личности[66]. Эта пьеса ставит под сомнение культурные «табу», связанные с обсуждением вопросов о сексе молодыми людьми.

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ Интерактивные компьютерные программы и Интернет привлекают внимание молодых людей и являются вызывающим доверие средством для получения информации. Хотя следует отметить, что эта технология еще не получила широкого распространения в развивающихся странах, она все чаще используется в реализации многих программ, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем подростков.

Отделение Международной федерации планируемого родительства в западном полушарии использует такие средства, как киберцентры, веб-сайты, интерактивные программы КД-ПЗУ и электронную почту. В Чили подготовлены КД-ПЗУ, посвященные такому вопросу, как роль мужчин и насилие по половому признаку. В Сальвадоре подготовлена программа, предусматривающая недорогостоящий доступ на Интернет. В Гватемале компьютерные программы использовались для реализации программы усыновления и удочерения «Подумай об этом»[67].

Проведенная в Гватемале, Перу, Сальвадоре и Чили оценка указанных технологий обеспечила эффективное информирование относящихся к среднему классу молодых людей о сексуальном и репродуктивном здоровье и об изменении моделей их поведения. Рекомендовалось увязывать такие вопросы, как информационные технологии, с возможностями в плане оказания услуг и привлечения молодых людей к указанной деятельности[68].

В 2002 году молодые женщины из всех стран мира участвовали в проводимой Интернет-дискуссии по вопросу о ВИЧ/СПИДе и правах человека, которая была организована Фондом Организации Объединенных Наций для развития в интересах женщин (ЮНИФЕМ) и Ассоциацией по правам женщин; В результате этой дискуссии была подготовлена брошюра “Act Now: A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS”[69].

Международная федерация планируемого родительства и Би-Би-Си организовали программы «Сексвайз», в рамках которых на веб-сайте предоставляется информация о репродуктивном и сексуальном здоровье на 22 языках[70].

Благодаря усилиям Национальной голландской комиссии по международному сотрудничеству и устойчивому развития 15летние учащиеся в Аргентине, Замбии, Ливане, Македонии, Нидерландах, Тайване, Уганде и Южной Африке проходят программу на Интернете, посвященную СПИДу и связанным с ним вопросам[71].

Кроме того, на Интернете ведется сайт, посвященный деятельности преподавателей-сверстников во всем мире, в рамках которого проводится обмен информацией, касающейся осуществляемой деятельности и повышения ее эффективности[72].

СПОРТ Спорт — это важное средство, обеспечивающее охват молодежи, прежде всего молодых людей. В Африке в 1996 году в целях содействия борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем, и ВИЧ/СПИДом, планирования семьи и иммунизации детей спортивные организации приступили к реализации инициативы «Керинг андерстендинг партнерз» на основе проведения спортивных мероприятий[73]. Благодаря осуществлению других кампаний, таких, как «Нарушить тишину: мы говорим о СПИДе» в 1999 году в Кении и «Игра для жизни» в 2002 году в Буркина-Фасо, Гане, Мали и Нигерии удалось охватить молодых людей и направить им жизненно важную информацию. Такие известные спортсмены, как Рональдо в Бразилии и баскетболист Мэджик Джонсон в США играли важную роль в доведении до молодых людей информации о ВИЧ/СПИДе.

5 Удовлетворение потребностей в услугах в области охраны репродуктивного здоровья

Широко распространенная беременность подростков и рождение ими детей со всеми вытекающими отсюда опасностями представляют серьезную проблему для системы здравоохранения, а также способствует быстрому приросту населения во многих странах. Кроме того, зарегистрированы высокие показатели инфицирования молодыми людьми болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДом. Это свидетельствует о необходимости расширения доступа к специализированным услугам по охране репродуктивного и сексуального здоровья молодых людей. Услуги должны оказываться с учетом гендерных факторов и особенностей жизни молодых людей в рамках скоординированных усилий в области развития.

Часто молодые люди не обращаются за помощью для оказания услуг по охране репродуктивного здоровья, поскольку это не поощряется работниками сферы медицинского обслуживания и общинами, а также в силу чувства собственной неуверенности и отсутствия знаний. В этой связи необходимо принять ряд мер, а именно: улучшение политических условий; расширение поддержки общин; удовлетворение потребностей подростков в информации и формировании навыков; оказание эффективных и учитывающих возрастные факторы услуг.

Главной проблемой является разработка программ, при помощи которых можно добиться этой цели, обеспечить финансовую устойчивость и расширить масштабы осуществления этих программ. Успех зависит от таких факторов, как руководящая роль правительства и его участие в процессе реализации поставленных целей, соответствующая политика и законы и эффективное использование существующих сетей учреждений здравоохранения, школ и других общинных организаций для охвата основной части молодежи.

Создание благоприятных условий для молодежи - приоритетная задача

Беременность в ранней возрасте

Беременность – это одна из основных причин смерти молодых женщин в возрасте от 15 до 19 лет во всем мире, и главными факторами, вызывающими смертность, являются осложнения после родов и неквалифицированные аборты[1]. Как в силу психологических, так и социальных причин смертность женщин, относящихся к этой социальной группе, в два раза превышает показатель смертности при родах у женщин в возрасте от 20 до 30 лет. У девушек в возрасте до 15 лет возможность умереть в результате этого в пять раз больше, чем у женщин в возрасте от 20 до 30 лет[2].

Не в полной мере физически развитые женщины испытывают трудности в сексуальной жизни, в процессе беременности и при родах. Роды при наличии механического препятствия прохождению плода являются типичным явлением, характерным для молодых женщин, рожающим в первый раз. В одном из проведенных в Эфиопии исследований было установлено, что такие роды являются причиной 46 процентов случаев материнской смертности[3].

Ежегодно в мире около 14 миллионов женщин и девушек в возрасте от 15 до 19 лет, как состоящих, так и не состоящих в браке, рожают[4]. Как правило, женщины, рожающие детей в подростковом возрасте, имеют больше детей, чем женщины, рожающие в более позднем возрасте[5].

В Бангладеш более половины всех первороженниц моложе 19 лет[6]. В других развивающихся странах от четверти до половины молодых женщин рожают в возрасте до 18 лет[7]. В африканских странах зарегистрированы самые высокие показатели фертильности подростков, а кроме того, в них отмечены самые большие колебания показателей по сравнению с другими регионами[8].

В Восточной Азии результатом увеличения возраста вступления в брак и сокращение числа лиц, ведущих половую жизнь до вступления в брак, стало уменьшение показателя рождения детей подростками[9].

НЕКВАЛИФИЦИРОВАННЫЕ АБОРТЫ Ежегодно молодые женщины в возрасте от 15 до 19 лет составляют по меньшей мере одну четвертую часть приблизительно из 20 миллионов женщин, делающих неквалифицированные аборты, и 78 000 из них умирают[10]. Подростки чаще всего прибегают к неквалифицированным абортам из-за недостаточного доступа к этой форме прерывания беременности, а также потому, что случаи нежелательной беременности среди подростков встречаются чаще, чем среди женщин более старшего возраста[11].

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ФИСТУЛА Пятнадцать из тридцати женщин, подвергающихся риску смерти при родах, выживают, однако они получают хронические увечья, наиболее распространенным из которых является гинекологическая фистула. Фистула — это патологическое соединение, приводящее к недержанию мочи и/или фекалий. Молодые женщины в возрасте до 20 лет чаще подвергаются воздействию гинекологических фистул в том случае, если в силу ряда причин им нельзя сделать кесарево сечение. Наиболее широко это явление распространено в бедных общинах стран Африки и Азии. В его основе лежат роды в раннем возрасте, нищета, недостаточное питание, отсутствие образования и ограниченный доступ к неотложным гинекологическим услугам. По подсчетам, три-четыре женщины имеют фистулы после каждых 1000 родах в районах, в которых зарегистрированы самые высокие показатели материнской смертности[12].

Неудовлетворенные потребности в области планирования семьи

Во всем мире многие сексуально активные молодые люди, желающие избежать беременности, не пользуются современными методами контрацепции, что объясняется многими причинами, в том числе отсутствием доступа к услугам или нежеланием медиков оказывать такие услуги. «Неудовлетворенные потребности» в планировании семьи часто носят косвенный характер, прежде всего это касается не состоящих в браке подростков, поэтому количественные показатели в качестве примера привести трудно.

В обзорах моделей и практики охраны репродуктивного здоровья указывается, что не удовлетворяются потребности в планировании семьи мужчин и женщин, которые утверждают, что они больше не хотят иметь детей или же хотят перенести рождение следующего ребенка более чем

20

ФИСТУЛА И РАННИЕ РОДЫ Каждый год миллионы молодых женщин беременеют до достижения физической зрелости, что повышает опасность возникновения последствий после родов. Гинекологическая фистула — это наиболее распространенное увечье среди молодых женщин, у которых были трудные роды.

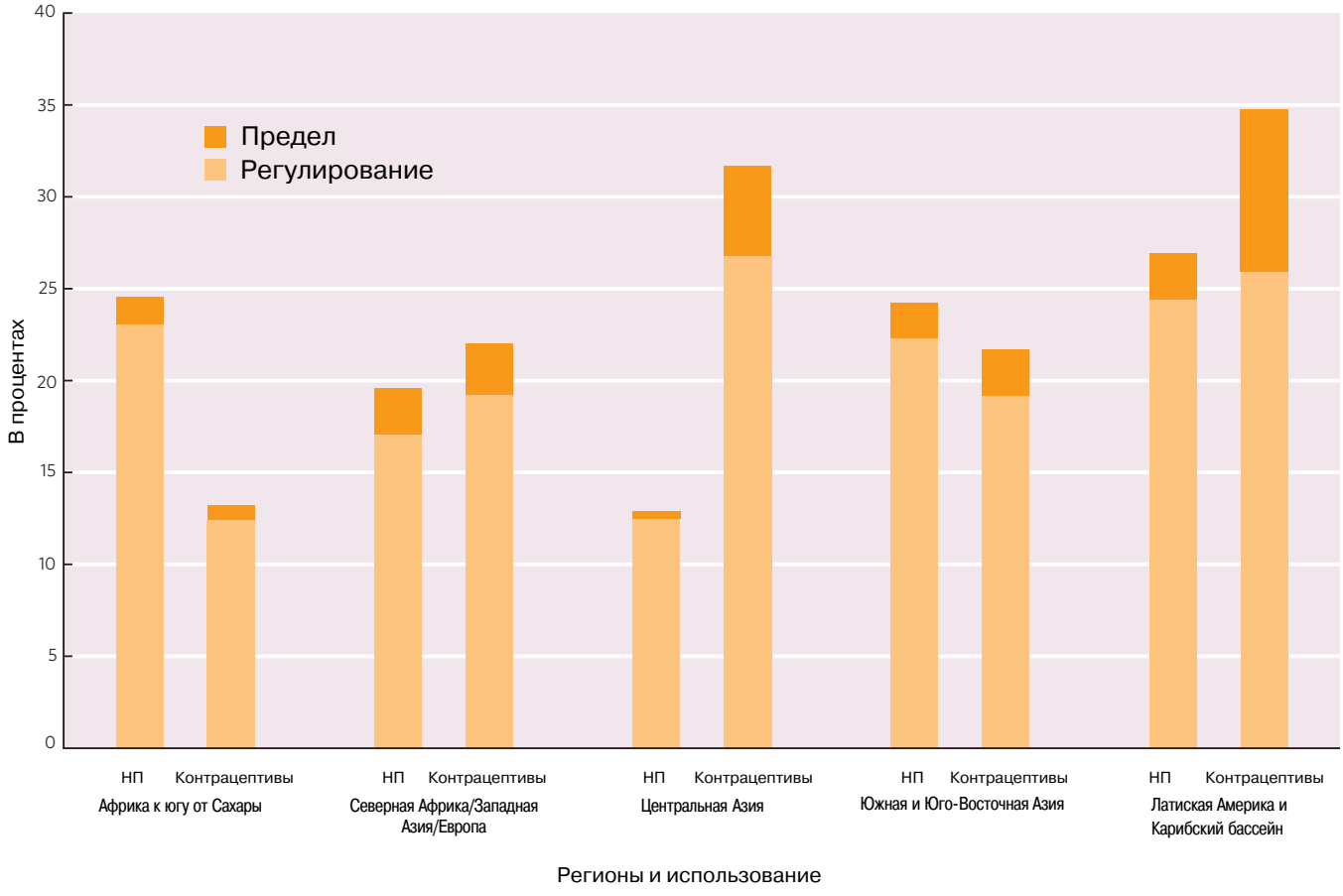
Во время родов при наличии механического препятствия прохождению плода давление головы плода на таз матери уменьшает поступление крови в мягкие ткани в районе мочевого пузыря, прямой кишки и влагалища. В результате поражения тканей образуется фистула. Как правило, в этом случае ребенок умирает. Кроме того, могут часто отмечаться случаи инфекций мочевого пузыря, прямой кишки и влагалища. Пострадавшая ткань отмирает, оставляя место для фистулы. Часто женщины могут страдать от инфекций мочевого пузыря и хронических заболеваний гениталий.

В таких ситуациях результаты могут носить крайне противоположный характер. Часто мужья бросают своих жен, что поддерживается их общинами и сложившимися в них установками. Некоторые женщины получают поддержку от своих семей, а другие вынуждены бороться для того, чтобы выжить. В 90 процентах случаев медицинские операции заканчиваются успешно и, как правило, после них женщины могут рожать. К сожалению, большинство женщин не имеют информации о такой операции или же не могут позволить себе сделать ее.

Сегодня в мире около 2 миллионов женщин страдают от фистул. Однако в новом докладе, подготовленном ЮНФПА и организацией «Инджендерхелт», указывается, что эти показатели слишком низки. В докладе указаны регионы, в которых распространена фистула, в девяти африканских странах, а также отмечается, что в одной только Нигерии может насчитываться 1 миллион женщин, имеющих фистулу.

ЮНФПА сотрудничает со своими партнерами в деле профилактики и лечения фистулы в Африке и Азии. В Чаде при поддержке ЮНФПА 150 женщинам была сделана операция по удалению фистулы. Когда-то фистула была широко распространена во всем мире, однако благодаря повышению эффективности акушерской помощи в Европе и Северной Америке она была ликвидирована. Гинекологическая фистула не характерна для регионов, где не поощряется вступление в брак в раннем возрасте, где молодые женщины получают надлежащую медицинскую информацию, а при родах им оказывается квалифицированная медицинская помощь.

Диаграмма 5: Неудовлетворенные потребности (НП) и использование методов планирования семьи, возраст 15-19 лет, по регионам



на два года, при этом они не пользуются контрацептивами. У тех, кто больше не хочет иметь детей, не удовлетворяется потребность в ограничении; у тех, кто хочет перенести рождение следующего ребенка на более поздний срок, не удовлетворяется потребность в регулировании периода между родами[13].

О значительной доли неудовлетворенных потребностей свидетельствуют высокие показатели абортов у молодых женщин, что подтверждается результатами обследований и большим количеством случаев госпитализации после неквалифицированных абортов, а, кроме того, свидетельством этого является большое число беременностей у женщин, не состоящих в браке, а также сделанные молодыми женщинами в ходе интервью заявления о том, что их первый или второй ребенок родился раньше того срока, который они хотели бы запланировать.

Основная часть неудовлетворенных потребностей молодых людей приходится на регулирование периода между родами и профилактику. В большинстве обществ предполагается, что после заключения брака должны родиться дети, и большинство молодоженов хотят, чтобы дети появились у них после свадьбы.

В проведенных за последние пять лет в 45 странах демографических и медицинских обследованиях показана доля молодых людей, пользующихся методами планирования семьи, и уровень их неудовлетворенных потребностей[14]. (См. диаграмму.) В обследования, проведенные в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, и странах Центральной Азии и Латинской Америки часто включаются все женщины в возрасте от 15 до 19 лет. В других регионах почти все страны провели обследования лишь тех женщин, которые когда-либо состояли в браке. Поэтому результаты обследований не совсем сопоставимы, однако не вызывает сомнения высокий уровень неудовлетворенных потребностей.

В Латинской Америке и Карибском бассейне в среднем 35 процентов ведущих половую жизнь подростков старше 15 лет пользуются методами планирования семьи, а в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, это делает менее одной пятой активных в половом отношении подро-

21 МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Источники услуг:

- специально подготовленный персонал;
- уважительное отношение к молодым людям;
- конфиденциальность;
- время, достаточное для общения с клиентом;
- наличие услуг консультантов-ровестников.

Медицинские учреждения:

- специально выделенные помещения и время;
- удобные часы посещения и расположение;
- адекватные помещения и конфиденциальность;
- комфортные условия.

Разработка программ:

- привлечение молодежи к разработке программ, пропагандистской работе и оказанию услуг, а также обеспечение постоянной обратной связи;
- возможность посещения медицинских учреждений или врачей без предварительной записи или же возможность быстро записаться на прием к врачу;
- отсутствие очередей;
- доступные цены;
- широкое освещение соответствующей информации для молодежи;
- оказание услуг юношам и молодым мужчинам;
- широкий круг имеющихся услуг;
- возможность направления к специалистам.

Другие возможные элементы:

- наличие просветительских материалов;
- возможность проведения групповых обсуждений;
- обследование таза и возможность проведения анализа крови;
- альтернативные способы обеспечения доступа к информации, консультациям и услугам.

стков[15]. Как предполагается, потребности в методах регулирования периода между родами значительно превышают потребности в ограничении количества родов.

Общая доля удовлетворяемых потребностей неодинакова и колеблется от 71 процента в Центральной Азии до менее чем одной трети в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, а в других регионах этот показатель составляет от 45 до 55 процентов[16].

Данные, полученные в ходе 94 обследований, проведенных в 69 странах в течение прошлого десятилетия, свидетельствуют о том, что в среднем неудовлетворенные потребности в регулировании периода между родами детей у молодых людей в два-три раза выше, чем аналогичные потребности у всего взрослого населения. В целом показатель неудовлетворенных потребностей сокращается, однако разрыв становится еще больше. Потребности молодых людей удовлетворяются в последнюю очередь.

В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, в среднем 35,7 процента женщин-подростков хотят перенести рождение следующего ребенка на более поздний срок; в некоторых странах этого хотят более половины женщин подросткового возраста[17]. Средний региональный показатель удовлетворения потребностей в регулировании периода между родами составляет лишь 30 процентов.

В Северной Африке, Западной Азии и Европе удовлетворяется приблизительно половина потребностей в регулировании периода между родами детей и более 55 процентов общих потребностей[18]. В Центральной Азии удовлетворяются более чем две трети потребностей, однако не удовлетворяются потребности в регулировании периода между родами у одной восьмой части подростков старше 15 лет. Несколько стран Южной и Юго-Восточной Азии удовлетворяют менее половины общих потребностей подростков в планировании семьи, однако удовлетворяются более половины потребностей в регулировании периода между родами.

В Латинской Америке и Карибском бассейне, где зарегистрированы самые высокие потребности в использовании методов планирования семьи, более двух третей подростков хотят ограничить свою фертильность или регулировать ее, при этом неудовлетворенные потребности в регулировании периода между родами у 15–19летних превышают 24 процента. Удовлетворяются почти 60 процентов всех потребностей; исключением в этом отношении является наименее развитая страна региона — Гаити.

Региональные и национальные различия в удовлетворении потребностей в планировании семьи отражают различия в уровне и типах потребностей, моделях брака, институциональном потенциале и политической воле, необходимой для удовлетворения потребностей молодежи.

«Ориентированные на молодежь» медицинские услуги

После состоявшейся в 1994 году МКНР активизировались усилия, направленные на оказание соответствующих услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья молодых людей. Эти новые инициативы были предприняты

в связи с тем, что часто молодежь испытывает неудобства, посещая поликлиники, занимающиеся вопросами планирования семьи или охраны репродуктивного здоровья, а также в связи с улучшением понимания общественностью особых потребностей и прав молодежи в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Среди многих факторов, препятствующих оказанию услуг молодым людям, следует отметить: трудности, связанные с возрастом и семейным положением, правового и директивного характера; отсутствие конфиденциальности; боязнь того, что болезнь не будет должным образом вылечена; неудобное время и место расположения медицинских учреждений; большие расходы. Кроме того, многие молодые люди не в полной мере осознают свои потребности, не имеют достаточной информации об оказываемых услугах или же испытывают чувство стыда или другие неудобства[19].

Для устранения этих препятствий используется широкий круг программных моделей для оказания «специализированных услуг для молодежи», учитывающих ее потребности (см. вставку). В разных регионах эти модели неодинаковы.

Большинство стран уже имеют сеть медицинских учреждений, в которых могут быть созданы условия для удовлетворения потребностей подростков, прежде всего потребностей в лечении, которые могут быть удовлетворены при наличии надлежащим образом оснащенных оборудованием и имеющих квалифицированный персонал учреждений. Кроме того, после МКНР были опробованы другие перспективные подходы. К их числу относятся пропагандистская деятельность, которую ведут сверстники, и «социальный маркетинг» противозачаточных средств в нетрадиционных местах распространения (автобусные остановки, дискотеки и бензоколонки), в передвижных поликлиниках и в рамках программ в школах и на рабочих местах.

В основном такие мероприятия в развивающихся странах проводятся в ограниченных масштабах. Более крупномасштабная деятельность в развитых странах продемонстрировала, что молодые люди будут участвовать в мероприятиях, отвечающих их потребностям, в том случае, если будет оказываться поддержка со стороны общин, позволяющая их проведение. Были разработаны новые механизмы оценки того, какие меры необходимо принять для того, чтобы медицинское учреждение могло удовлетворять потребности молодежи, а также была разработана программа для подготовки персонала по вопросам, касающимся особых потребностей подростков, при этом основной упор делается на предоставление консультаций и общение.

22 УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ МОЛОДЫХ ЗАМУЖНИХ ЖЕНЩИН Многие женщины-подростки состоят в браке. Как правило, раннее вступление в брак сопровождается давлением, связанным со скорейшим началом деторождения. Учитывая такие сложившиеся в обществе стереотипы, а также препятствия, стоящие на пути охвата пропагандистской работой молодых женщин, разработчики программ сталкиваются с проблемой, связанной с переносом родов первого или второго ребенка на более поздний срок.

В рамках одной из осуществляемых программ в Бангладеш удалось добиться успеха в содействии укреплению репродуктивного здоровья этой целевой группы. В течение более 10 лет организация «Патфайндер интернэшнл» сотрудничала с другими НПО в целях охвата молодых супружеских пар, не имеющих детей. В рамках этой программы все молодожены регистрируются и беседуют с сотрудником программы, который налаживает контакты с супружеской парой и их родственниками, представляя им информацию и, при необходимости, соответствующие услуги. Результатом этого стало то, что использование противозачаточных средств подростками-молодоженами в охватываемых областях увеличилось с 19 процентов в 1993 году до 39 процентов в 1997 году.

Крайне важное значение имеет поддержка общин в деле оказания ориентированных на удовлетворение потребностей молодежи услуг. Вместе с тем важными представляются пропагандистская деятельность и привлечение общин, особенно в более консервативных обществах.

Одной из основных потребностей является улучшение оценки результатов программ. Было проведено несколько эффективных оценок проектов, оказывающих услуги, ориентированные на потребности молодежи, однако сроки осуществления этих проектов были непродолжительными. Для эффективного осуществления программ требуется время, прежде всего потому, что они зависят от обладающих соответствующей квалификацией работников сферы медицинского обслуживания, которые должны учитывать потребности нового поколения.

УСТРАНЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ ПРАВОВОГО ХАРАКТЕРА Принятый в 2002 году в Венесуэле Национальный закон о молодежи гарантирует молодым людям права на медицинское обслуживание, получение информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, ответственное, добровольное и безопасное рождение детей и доступ к медицинским услугам, связанным с инфекциями, передаваемыми половым путем[20]. Кроме того, в 2002 году в целях расширения прав матерей на получение медицинских услуг и информации соответствующие поправки были внесены в законодательства Коста-Рики и Панамы[21].

В Южной Африке в конституции 1996 года, утвержденной после ликвидации режима апартеида, подтверждаются

всеобщие права на репродуктивный выбор и медицинские услуги по охране репродуктивного здоровья. В соответствии с законами Южной Африки любой человек в возрасте 14 лет и старше имеет право на получение противозачаточных средств[22].

В 2002 году в Аргентине была разработана национальная программа по охране сексуального здоровья и ответственному деторождению, с тем чтобы способствовать охране сексуального здоровья подростков и предотвращать нежелательные беременности и заболевания, передаваемые половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, на основе обеспечения доступа к информации и услугам[23]. В 2000 году Индия утвердила демографическую политику, содержащую положения о просветительской работе по половым вопросам и услугах, оказываемых подросткам[24].

В целях преодоления препятствий, возникающих у молодых людей, которые совмещают учебу с выполнением родительских обязанностей, в 2000 году в Чили и в 2001 году в Португалии был принят закон, обеспечивающий права молодых родителей на образование и гарантирующий создание учебными заведениями благоприятных условий для проходящих обучение лиц, имеющих детей[25].

Результаты программ

Ассоциации по планированию семьи в разных странах приступили к оказанию услуг, ориентированных на удовлетворение потребностей молодежи. Международная федерация планируемого родительства (МФПР) является ведущей организацией в деле охраны сексуального и репродуктивного здоровья подростков. В Латинской Америке были созданы молодежные центры, которые в дополнение к распространению информации, предоставлению консультаций и оказанию услуг в области репродуктивного здоровья создают условия для отдыха и профессиональной подготовки. Молодежные центры испытывают ряд серьезных проблем, в том числе они не имеют достаточного объема финансовых средств, а масштабы охвата их деятельностью незначительны[26]. В Африке молодежные центры сталкиваются с аналогичными проблемами[27].

Перспективными представляются мероприятия, осуществляемые многими НПО, однако не было проведено их тщательного анализа. Организация «Экшен хелт интернэшнл», действующая в окрестностях Лагоса, Нигерия, привлекает к своей работе многих мужчин и женщин, ведет просветительскую работу и оказывает услуги в области охраны репродуктивного здоровья, формирует необходимые для жизни навыки, организует специальные развлекательные программы и издает ежеквартальный журнал[28]. В Гаити НПО «Фонд охраны репродуктивного здоровья и просвещения женщин» оказывает широкий круг услуг и проводит просветительские программы, обсуждения и конкурсы, посвященные семейной жизни. Эта организация, в мероприятиях которой участвует большое число людей, широко распространяет противозачаточные средства[29].

В Эквадоре национальная сеть поликлиник по охране репродуктивного здоровья и планирования семьи расширила свои услуги, с тем чтобы улучшить удовлетворение потребностей подростков. Например, были изменены часы приема пациентов и сокращен размер взимаемых платежей. Молодые люди активно посещают эти поликлиники[30].

Ассоциация планирования семьи на Ямайке принимает меры для улучшения доступа молодежи в сельских районах к информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья и удовлетворяет потребности, определенные родителями, местными молодежными программами и самими подростками. Основной упор в ее молодежных программах делается на просветительскую работу и консультации, а, кроме того, она занимается распределением противозачаточных средств, диагностированием и лечением заболеваний, передаваемых половым путем, а также оказанием гинекологических услуг. Действующий в рамках этой ассоциации молодежный клуб организует просветительские программы, предоставляет индивидуальные и групповые консультации, а также проводит социальные и культурные мероприятия[31].

В Замбии при поддержке одной из международных НПО руководители окружных медицинских учреждений прилагают усилия, с тем чтобы улучшить услуги по охране репродуктивного здоровья городских подростков и молодежи в поликлиниках в столице страны Лусаке. В целях определения потребностей подростков и улучшения их понимания общинами до начала этого проекта была проведена оценка. В ней участвовали родители, медицинские работники, медицинские комитеты общин и сами подростки[32].

Большинство ассоциаций по планированию семьи в Латинской Америке, Африке и в других регионах оказывают ориентированные на молодежь услуги в поликлиниках, а консультанты-ровесники проводят просветительскую работу. Так, например, в Буркина-Фасо организация «Молодежь для молодежи» оказывает поддержку в подготовке пропагандистов-сверстников и распространителей противозачаточных средств, проводит консультации, оказывает различные услуги в области репродуктивного здоровья и организует досуг молодежи. Статистические данные свидетельствуют о том, что 82 процента молодых людей обращаются в эту организацию для получения медицинских услуг или консультаций, а 77 процентов из них — это молодые женщины (как правило, в другие центры в основном обращаются мужчины)[33].

Ассоциация по планированию семьи в Колумбии «Профамилиа», в течение долгого времени оказывавшая услуги по охране репродуктивного здоровья для молодежи, добилась того, что эти услуги оказываются молодым людям в 13 поликлиниках в городах среднего и небольшого размера в Колумбии. Эти поликлиники используют имеющиеся у них помещения, материалы и персонал, а не вкладывают средства в создание новой инфраструктуры и подготовку нового персонала. Весь персонал прошел специализированную подготовку. Велась пропагандистская работа в общинах и в правительственных учреждениях. За шесть месяцев число подростков, обращающихся в такие поликлиники, увеличилось на 37 процентов, а количество тестов на беременность подростков увеличилось на 64 процента[34].

Государственные структуры на различных уровнях приступили к процессу планирования, с тем чтобы расширить круг оказываемых в интересах молодежи услуг в государственных медицинских учреждениях.

Осуществляемый при поддержке ЮНФПА в Российской Федерации проект предусматривает оказание всеобъемлющей помощи молодежным центрам в шести городах, а также способствует формированию позитивного отношения общественности к тому, чтобы подростки имели доступ к информации, касающейся репродуктивного здоровья. К числу положительных факторов относятся наличие персонала, имеющего надлежащие навыки в области коммуникации, индивидуальное и групповое консультирование, бесплатные противозачаточные средства и связь с другими медицинскими службами. Одним из основных позитивных факторов была пропагандистская работа с преподавателями и родителями[35].

На Ямайке проект, озаглавленный «Молодежь сегодня», направлен на осуществление национальной политики и директивных принципов, и его целями являются улучшение знаний в области охраны репродуктивного здоровья, изменение сложившихся установок и существующих норм, а также расширение доступа к высококачественным услугам. Проект предусматривает профессиональную подготовку акушерок и создание поликлиник как в частном, так и в государственном секторах[36].

ЧАСТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ Некоторые программы предусматривают то, что, если молодые люди могут себе позволить это, они пользуются частными медицинскими услугами, обеспечивающими большую степень конфиденциальности[37]. В качестве примера можно привести программу, осуществляемую в Кении и Зимбабве[38], а также пользование услугами частных акушерок при оказании ориентированных на молодежь услуг в Замбии[39]. Такой подход может быть более жизнеспособным, чем это предполагалось ранее, поскольку молодые женщины не в меньшей мере, чем женщины более старшего возраста, готовы оплачивать услуги за конфиденциальность и высококачественное лечение[40].

6 Комплексные программы для подростков

После МКНР в ряде стран стали налаживаться творческие партнерские связи, целью которых была разработка всеобъемлющих программ, объединяющих предоставление информации об изменении сложившихся моделей поведения, а также оказание услуг, направленных на удовлетворение потребностей молодежи и ведение пропагандистской работы по вопросам изменения политики. В основе таких многосекторальных усилий лежит проведенная ранее ассоциациями по планированию семьи и другими органами важная работа. Эти программы по-прежнему являются новыми по содержанию, однако опыт, накопленный в результате их реализации, получил высокую оценку и производится обмен им.

Достигнуто немало успехов в налаживании партнерских отношений с подростками, их семьями и общинами в плане решения проблем, связанных с их развитием, участием в жизни общества и удовлетворением потребностей в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Задача формулирования комплексных и всеобъемлющих программ развития навыков, необходимых для участия в жизни общества, для большего числа подростков рассматривается как основная в рамках «второго поколения» усилий по реализации этих программ[1].

В основе «программ второго поколения» лежат такие факторы, как неодинаковое положение подростков, отдельные стратегии, отражающие опыт мальчиков и девочек, с учетом прав человека и принципов участия молодежи в жизни общества. Эти программы включают в себя не только вопросы, связанные с охраной здоровья, но и такие аспекты, как вступление подростков во взрослую жизнь, приобретение ими соответствующих знаний и навыков и расширение имеющихся у них возможностей. В программах особо подчеркивается ответственное отношение к принятию решений, важное значение связи между ровесниками и людьми более старшего возраста, а также расширение возможностей в плане приобретения навыков.

Ниже приводится несколько примеров реализуемых проектов, в основе которых лежат принципы «второго поколения»:

Проект, рассчитанный на девушек-подростков

В 1999 году Фонд Организации Объединенных Наций утвердил выдвинутую ЮНИСЕФ и ЮНФПА инициативу (позже к ней присоединилась ВОЗ), направленную на удовлетворение потребностей, связанных с развитием и правами подростков на участие в жизни общества, при этом основной упор делался на девушек.

В реализации этой всеобъемлющей и имеющей комплексный характер инициативы, участвуют 13 стран: Бангладеш, Бенин, Буркина-Фасо, Иордания, Китай, Мавритания, Малави, Мали, Монголия, оккупированные палестинские территории, Российская Федерация, Сан-Томе и Сенегал. В большинстве стран все три имеющие к этому отношение учреждения — координаторы Организации Объединенных Наций участвуют в разработке совместных программ в интересах подростков (ЮНФПА не участвует в разработке этой программы в Китае и Сан-Томе).

Сегодня большинство стран признает, что инвестирование в улучшение положения женщин и девушек и расширение их возможностей является одним из наиболее рациональных и эффективных способов реализации программ в области развития. Хотя в каждой стране конкретные мероприятия неодинаковы, все они имею общую цель, а именно: обеспечение того, чтобы девушки-подростки обладали теми же правами и возможностями, что и мальчики.

В основе этой межучрежденческой программы лежат следующие основополагающие элементы:

- создание условий, благоприятствующих обеспечению получения девочками среднего образования; или, по меньшей мере, обеспечение их грамотности;

- обеспечение удовлетворения конкретных потребностей подростков в области охраны репродуктивного здоровья и оказание соответствующих услуг, ориентированных на молодежь;

- сотрудничество с общинами, в том числе местными политическими и религиозными руководителями, в целях улучшения осведомленности общественности по вопросам охраны репродуктивного и сексуального здоровья, касающимся подростков;

- привитие соответствующих навыков и предоставление консультаций, с тем чтобы девочки-подростки обладали необходимой информацией о своих правах и услугах, которые могут быть им оказаны;

- разработка программ профессионально-технической подготовки и программ, предусматривающих возможность получения дохода, для девочек-подростков в целях улучшения их положения, повышения самостоятельности и расширения возможностей;

- мобилизация поддержки работников директивных органов на всех уровнях в целях оказания помощи в реализации программ, направленных на улучшение охраны сексуального и репродуктивного здоровья подростков;

- содействие достижению справедливого и устойчивого развития на основе укрепления потенциала национальных правительств в деле привлечения девочек к социальной, экономической и политической жизни страны.

Эти коллективные усилия способствуют также достижению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, на основе поощрения достижения равенства мужчин и женщин и расширения прав и возможностей женщин и девочек (цель 3), улучшения охраны здоровья матерей и повышения их благосостояния (цель 5) и предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа (цель 6). Ниже приводится ряд примеров, информация о которых поступила с мест:

СЕНЕГАЛ: Около 10 000 девушек и молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет из неимущих и находящихся в трудном положении семей в Дакаре и Ти получают помощь в рамках проекта «Содействие расширению прав и возможностей девушек-подростков в Сенегале». Благодаря налаживанию тесных связей с общинами и НПО с девочками проводится комплексная пропагандистская работа, упор в которой делается на гендерные аспекты и права человека. Пожалуй, наиболее важным является то, что в контексте формирования навыков, необходимых для получения средств к существованию и осуществления деятельности, обеспечивающей получение дохода, сегодня девочки имеют доступ к предоставляемым для них в удобной форме информации и услугам по охране репродуктивного и сексуального здоровья.

БЕНИН: Около 300 подростков и молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет проходят обучение по вопросам коммуникации в Центре средств массовой информации в Котону. Они получают всеобъемлющую профессиональную подготовку по всем аспектам, связанным с радио- и телевещанием, а также компьютерной графикой, дизайном и подготовкой веб-сайтов, фотографией, видеографией и подготовкой статей и выпуском журналов и газет. Это единственный центр такого рода во франкоязычных странах в Западной Африке.

МОНГОЛИЯ: Более 150 000 девочек- и мальчиков-подростков являются читателями газеты «Любовь», издающейся каждые три месяца группой девушек-подростков в Улан-Баторе. Это, несомненно, самая популярная публикация для подростков в стране. Она выпускается по контракту с центром «Маргарет Сангер», являющимся одним из учреждений-исполнителей в рамках осуществляемых совместных с ЮНФПА проектов. Совместно с ЮНЕСКО осуществлялась программа дистанционного обучения, а кроме того, в стране создаются восемь клиник по охране репродуктивного здоровья подростков.

ОККУПИРОВАННЫЕ ПАЛЕСТИНСКИЕ ТЕРРИТОРИИ: Благодаря осуществляемому проекту «Улучшение жизни подростков в палестинском обществе» удалось обратить внимание местных общин на вопросы, связанные с удовлетворением потребностей в охране репродуктивного здоровья подростков, прежде всего девочек. Это предусматривало налаживание тесных контактов с местными средствами массовой информации. Кроме того, в рамках проекта ведется работа по обеспечению того, чтобы подростки имели доступ к соответствующим услугам в области репродуктивного здоровья и получали необходимые консультации в школах.

Африканский молодежный союз

Африканский молодежный союз (АМС) — это осуществляемый в четырех странах проект, целью которого является

расширение применения оказавшихся успешными методов предупреждения ВИЧ/СПИДа в более широких масштабах. В Ботсване, Гане, Объединенной Республике Танзании и Уганде АМС сотрудничает с базирующимися в Соединенных Штатах Америки НПО «Пэтфайдер интернэшнл» и Программой, предусматривающей применение соответствующих методов для охраны здоровья» (ПАТХ) и ЮНФПА. В каждой стране эти организации осуществляют совместную деятельность с партнерами-исполнителями, а именно с правительственными учреждениями, НПО и общинными организациями.

Общей целью деятельности АМС является улучшение репродуктивного здоровья подростков. В конкретном плане эта деятельность направлена на:

- сокращение показателей распространения ВИЧ/СПИДа и других заболеваний, передаваемых половым путем, и беременности молодых женщин;
- содействие тому, чтобы молодые люди вступали в половые отношения в более позднем возрасте, а также тому, чтобы ведущие половую жизнь молодые люди пользовались презервативами и другими противозачаточными средствами;
- ликвидация вредной традиционной практики и практики насильственного и принудительного секса[2].

АМС осуществляет шесть основных стратегий, каждая из которых адаптирована для удовлетворения конкретных потребностей стран:

- мобилизация национальной общинной поддержки на основе пропагандистской работы;
- расширение усилий низовых групп и средств массовой информации, программ формирования необходимых жизненных навыков, обучения сверстниками и предоставления консультаций, а также проведение кампаний «социального маркетинга», направленных на изменение сформировавшихся моделей поведения;
- расширение доступа молодежи к услугам в области репродуктивного здоровья и повышение их качества на основе институционализации оказываемых молодежи услуг в различных условиях;
- включение аспектов, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья, в существующие програм-

23

ОРГАНИЗАЦИЯ «ЛЮБОВЬ К ЖИЗНИ» В ЮЖНОЙ АФРИКЕ В Южной Африке целью инициативы «Национальные клиники для подростков» является обеспечение того, чтобы услуги по охране здоровья стали более доступными и приемлемыми, а также разработка национальных стандартов и норм и подготовка работников сферы медицинского обслуживания для оказания качественных услуг. Эта инициатива – является одним из компонентов национальной программы предупреждения ВИЧ «Любовь к жизни», цель которой состоит в охвате южноафриканских подростков. «Любовь к жизни» создает стимулы для того, чтобы молодые люди вступали в половую связь в более позднем возрасте, а после этого имели только одного партнера и постоянно пользоваться противозачаточными средствами. Программа рассчитана на подростков, так как большинство ВИЧ-инфицированных в Южной Африке – это люди в возрасте до 25 лет, причем женщины в основном получают инфекцию в возрасте от 15 до 20 лет. Поскольку значительную часть населения страны составляют лица в возрасте до 20 лет, наиболее эффективным способом замедления темпов распространения ВИЧ/СПИДа является значительное сокращение числа инфицированных молодых людей.

Основная целевая группа – это молодые люди от 12 до 17 лет, однако в рамках кампании разработаны также специальные программы, основное внимание в которых уделяется детям в возрасте от 6 до 12 лет. Комплексная стратегия охраны сексуального здоровья предусматривает использование установок традиционной культуры в целях содействия повышению ответственности к половой жизни и поощрения здорового образа жизни, стимулирования дискуссий между родителями и детьми и участия религиозных лидеров и одновременно с этим предусматривается оказание специализированных услуг молодежи.

Программа признает, что отдельные молодежные центры могут быть неэффективными с точки зрения затрат и осуществлять непоследовательную деятельность, а кроме того, они не могут быть созданы в масштабах, необходимых для удовлетворения потребностей большинства подростков. Были разработаны критерии сертификации существующих поликлиник как высококачественных медицинских учреждений, способных удовлетворять потребности подростков. Первоначальные результаты оценок свидетельствуют о том, что необходимо проделать значительный объем работы для того, чтобы поликлиники получили такую сертификацию, а также обеспечить, чтобы система здравоохранения на уровне округов и провинций могла функционировать при наличии минимального объема ресурсов. Планируется расширить эту программу.

Организованная Фондом семьи Хенри Дж. Кайзера, программа «Любовь к жизни» осуществляется группой из четырех организаций-партнеров: Пропагандистская инициатива, Федерация планируемого родительства Южной Африки, Научно-исследовательская организация по охране репродуктивного здоровья и Фонд планирования системы охраны здоровья и развития. Дополнительную информацию можно получить на веб-сайте: www.lovelife.org.za.

мы формирования навыков, необходимых для получения средств к существованию, для молодежи;

- создание организационного потенциала партнеров на страновом уровне в целях планирования и осуществления соответствующих программ и оказания услуг;

- координация мероприятий по программам и обмен информацией о накопленном опыте и новаторских методах работы[3].

Целью всех стратегий является привлечение молодежи к участию в жизни общества и обеспечение равенства мужчин и женщин. Ожидается, что партнеры-исполнители будут продолжать сотрудничество после истечения предусмотренного для АМС пятилетнего срока. В целях содействия укреплению сотрудничества между партнерами и различными секторами в каждой стране и АМС в целом были учреждены соответствующие управленческие и консультативные структуры.

Партнерам в странах были предоставлены десятки субсидий и текущие мероприятия осуществляются в каждой стране. Было проведено обследование государственных поликлиник и поликлиник НПО, после чего многие из них были усовершенствованы, с тем чтобы в большей мере удовлетворять потребности молодежи. Во многих общинах начали осуществляться проекты по мобилизации общин под названием «Обучение с участием населения». Во многие школьные программы включено обучение по различным аспектам планирования жизни людей. Молодые люди активно участвуют в этой деятельности на основе предоставления консультаций по программным стратегиям и подготовке журналов и других информационных материалов, а также представляя АМС на международных конференциях.

В Ботсване Молодежный консультативный комитет координирует усилия молодежи и способствует ее участию в жизни общества на всех уровнях. Окружным и деревенским комитетам, членами которых являются 65–75 процентов молодых людей, поручено в максимальной мере повысить вклад молодежи в реализацию деятельности по планированию на общинном уровне. Кроме того, молодые люди выступают в качестве консультантов, оказывают соответствующие услуги, ведут просветительскую и пропагандистскую работу, ставят спектакли, а также активно участвуют в мероприятиях по сбору данных, контролю и оценке.

В Гане Молодежный консультативный комитет предоставляет консультации страновым группам АМС и разрабатывает новаторские способы охвата молодежи. В сотрудничестве с Национальным молодежным советом эта организация рассматривает вопрос об образовании национального молодежного парламента. Молодые представители АМС вносят вклад в работу НПО, международных учреждений и Министерства здравоохранения, связанную с программами профессиональной подготовки для врачей и медицинских работников, целью которой является повышение качества оказания услуг в области репродуктивного здоровья для молодежи.

В Объединенной Республике Танзании АМС и другие организации сформировали ассоциацию «За участие молодежи в жизни общества», целью которой является обеспечение того, чтобы задачи программ отражали приоритеты молодежи. Молодые люди участвуют в мероприятиях по оценке и контролю, целью которых является определение того, насколько программа удовлетворяет их потребностям, и в недалеком будущем они будут участвовать в осуществле-

24

«ПРАВО НА МЕЧТЫ» В Панаме благодаря широкомасштабному сотрудничеству между АПЛАФА (НПО, занимающаяся вопросами репродуктивного здоровья), Министерством здравоохранения, девяти средних школами и ЮНФПА изменилась жизнь многих подростков в пяти находящихся в крайне неблагоприятном положении поселках городского типа. В результате объединения инициатив, связанных с образованием, информацией и медицинскими услугами, были расширены возможности участников проекта, с тем чтобы изменить их жизненные установки.

«Благодаря проекту я получила знания о том, как важно не забеременеть в подростковом возрасте», – говорит Моника. – «АПЛАФА предоставила мне информацию и консультации, и я узнала о том, как противостоять давлению со стороны ровесников, а также о важном значении развития чувства собственного достоинства и правильном использовании методов контрацепции». В течение четырех лет Министерство создало пять специализированных клиник для молодежи. Персонал прошел подготовку по оказанию услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья подростков. Успехи, достигнутые в результате осуществления проекта, гарантирует его устойчивость и поддержку со стороны государственных структур.

Павел стал участником проекта в 14 лет. Через пять лет после этого он говорит: «Благодаря проекту я узнал ценность моей мечты, а также то, что у меня есть право и долг сделать ее реальной». Сегодня Павел учится в Панамском университете и является активным членом Сети по охране сексуального и репродуктивного здоровья подростков.

Широкий охват проекта стал возможным благодаря созданию «Межсекторальной и общинной сети подростков», сформированной более чем 15 частными организациями, НПО и государственными учреждениями, и эта сеть охватывает более 46 000 подростков и молодых людей в округе Давид.

нии различных видов агитационно-пропагандистской деятельности.

В Уганде молодые люди активно участвовали в процессе стратегического планирования, ориентации на национальном и окружном уровнях и составлении учебных программ. Они выступают в качестве консультантов, членов групп, ведущих пропагандистскую работу среди родителей и в общинах, помогают в подготовке информационных материалов, а также участвуют в переговорах с администрациями школ и руководителями местных советов и медицинских учреждений. Главной задачей АМС является разработка механизмов сотрудничества со своими многочисленными партнерами. Вторая задача состоит в расширении масштабов деятельности как в организационном плане, так и в поиске моделей программ. Партнеры полны решимости найти решение проблем структурного и технического характера, а также поделиться опытом с другими крупномасштабными программами на местах.

Инициатива в области охраны репродуктивного здоровья подростков

В рамках инициативы Европейского сообщества/ЮНФПА в области охраны репродуктивного здоровья в Азии оказывается поддержка в реализации проектов в семи странах, при этом активное участие в этой деятельности принимают международные, региональные и местные НПО. Основной упор в этой инициативе делается на охрану репродуктивного здоровья подростков в четырех странах: Камбодже, Лаосской Народно-Демократической Республике, Шри-Ланке и Вьетнаме.

Во Вьетнаме в рамках инициативы оказывается поддержка восьми проектам, при этом общая цель состоит в улучшении охраны сексуального и репродуктивного здоровья на основе оказания специализированных услуг для молодежи и распространения информации при посредничестве НПО[4].

Информационная деятельность включает в себя обучение с участием ровесников, организацию театральных постановок и создание молодежных клубов, проведение внешкольных мероприятий, формирование родительских групп, ведение просветительской работы в медицинских учреждениях и освещение в средствах массовой информации. В целях укрепления приверженности делу осуществления программ пропагандистской деятельностью охватываются лидеры общин и руководители национальных и местных органов управления и средств массовой информации. Партнеры-исполнители организовали подготовку технического и управленческого характера по вопросам оказания услуг и коммуникации[5].

Организация «Мари Стоупс интернэшнл» в сотрудничестве с Вьетнамским молодежным союзом в Ханое и Вьетнамской ассоциацией акушерок в Хью оказывает помощь в предоставлении специализированных услуг для молодежи. В целях расширения охватываемой аудитории эти два молодежных центра, в работе, в которых участвует большое число молодых людей, осуществляют пропагандистские мероприятия и мероприятия по улучшению осведомленности общественности. В ходе недавно проведенной оценки было установлено, что персонал этих центров имеет высокую квалификацию и наладил хорошие отношения с молодежью, при этом бесплатно или за небольшую плату оказывается широкий комплекс необходимых услуг, благодаря чему доступ в указанные центры значительно расширился[6].

25 **ПОДГОТОВКА ИНСТРУКТОРОВ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ДЕВУШЕК** На семинаре, организованном для 23 молодых женщин в возрасте от 15 до 22 лет, проводится демонстрация диаграмм и рисунков, отражающих элементы женской репродуктивной системы, а также обсуждается вопрос о продолжении обучения. Эти женщины являются руководителями «Прераны» – сети молодежных групп в Дели, – которые обмениваются опытом обучения других. Каждая из них работает с десятью или большим числом молодых женщин, главным образом недавними мигрантами из сельских районов, предоставляет информацию об охране здоровья и способах обеспечения средств к существованию, оказывает помощь, с тем чтобы они могли уверенно задавать интересующие их вопросы, получать информацию и уверенно идти по жизни.

Сегодня к числу обсуждаемых вопросов относятся следующие: обеспечение участия женщин в жизни общества; улучшение их знаний и навыков, связанных с чтением, питанием и охраной здоровья; укрепление желания получать знания.

При поддержке СЕДПА и Фонда Билла и Мелинды Гейтс «Прерана» быстро расширяется как организация, а также расширяются задачи и масштабы обслуживания в качестве источника информации для осуществления аналогичной деятельности в других штатах страны. Более чем за семь лет осуществления этого проекта в нем приняли участие несколько сотен молодых женщин. Многие из них участвовали во встречах, проводимых местными органами власти, а также сотрудничали со специалистами, работающими в национальных органах планирования.

Уверенность молодых женщин и понимание ими относящихся к ним вопросов – это очевидная реальность, необходимая для поддержания отношений с семьями и общинами. Испытывающая чувство гордости мать одной из таких женщин-инструкторов заявила, что она высоко оценивает способности своей дочери; у нее никогда не было возможности получить такие навыки. Раньше она не хотела отпускать свою дочь из дома без сопровождения брата, а сегодня она уверена в том, что молодая женщина может свободно передвигаться по общине, общаться с соседями и совершать поездки в более удаленные районы.

Учитывая успешные результаты программы для девушек-подростков, осуществляемой в течение трех лет, население потребовало организовать проведение аналогичной программы для мальчиков.

Дом молодежи в Ханое послужит примером для будущей деятельности, в том числе содействию оказанию специализированных услуг для молодежи со стороны правительства. Дом молодежи привлекает молодых людей к участию в проектах на всех стадиях их реализации; в целях расширения оказываемых услуг не только предоставляется информация об охране репродуктивного здоровья, но и организуются культурные мероприятия; проводится пропагандистская работа на рабочих местах, в гостиницах и ресторанах и осуществляется сотрудничество с предприятиями и аптеками[7].

Организация «Жерашау биз», Мозамбик

На МКНР правительство Мозамбика взяло на себя обязательство инвестировать средства в улучшение положения молодежи и приняло национальную программу действий в отношении молодежи, направленную на расширение участия молодежи в разработке политики и укрепление их сексуального и репродуктивного здоровья. Проект «Жерашау биз» был задуман и разработан молодыми людьми, которые дали ему название, которое в переводе с португальского означает «занятое поколение». В рамках проекта оказывается содействие изменению моделей поведения учащихся и тех, кто не проходит обучение в школах. Министерство по делам молодежи и спорта, Министерство здравоохранения и Министерство образования осуществляют совместную координацию, привлекая к этому свои соответствующие подразделения в провинциях, НПО и общинные организации, в том числе молодежные ассоциации. Техническую помощь оказывают ЮНФПА и организация «Пэтфайндер интернэшнл». Осуществление проекта началось в двух провинциях, а когда стали оказывать поддержку новые доноры, он стал осуществляться в шести провинциях; долгосрочной целью проекта является национальный охват.

После того, как в Мапуту стали оказываться специализированные услуги для молодежи число подростков в возрасте от 15 до 19 лет, посещающих поликлиники для получения консультаций и услуг, увеличилось более чем в 10 раз. Число молодых мужчин, получающих услуги, почти удвоилось. В провинции Замбези процентная доля получающих услуги мужчин увеличилось еще больше. Сообщается, что консультации и распространение контрацептивов — это две наиболее популярных услуги, оказываемые в обоих районах.

Молодые активисты «Жерашау биз» действуют в 10 из 13 средних школ в Мапуту, а кроме того, организация осуществляет мероприятия в 64 школах Замбии. В рамках проекта оказывается помощь в обеспечении того, чтобы информация о репродуктивном и сексуальном здоровье вместе с комплексом школьных и внешкольных мероприятий была включена в новую базовую национальную учебную программу[10]. Поскольку государственные учреждения берут на себя ответственность за эту программу, необходимо, чтобы они подтвердили свою приверженность делу, повысили чувство ответственности и укрепили партнерские отношения.

Деятельность в области управления, в которой участвуют многие структуры, является одной из главных проблем, для решения которой требуется четко определить роль каждого партнера в реально действующем процессе координации. Необходимо укрепить правительственные учреждения, которые возьмут на себя ответственность за программу, а также повысить их приверженность делу и чувство ответственности[11]. Недостаточные масштабы пропагандистской деятельности среди не обучающейся в школе молодежи объясняются отсутствием вспомогательной правительственной структуры и тем фактом, что большинство молодежных организаций невелики по размеру, испытывают дефицит персонала и не входят в состав более крупной сети. Министерство по делам молодежи и спорта также испытывает нехватку персонала для координации деятельности в провинциях[12].

Сеть «Кидаври» для формирования навыков у подростков

В Индии семь НПО, осуществляющих деятельность в интересах подростков, сформировали сеть взаимной поддержки. За счет помощи, получаемой в виде взносов от общин, а также помощи международных НПО и фондов, двусторонних учреждений по оказанию помощи и программ Организации Объединенных Наций, включая ЮНФПА, сеть выпускает информационный бюллетень, проводит периодические заседания по вопросам стратегии и содействует обмену знаниями и навыками.

Члены сети «Кидаври» — это широкий комплекс религиозных, общественных и гуманитарных организаций, а также организаций, занимающихся социальными исследованиями, в том числе «Дон Боско Ашалаям» (реабилитация беспризорных детей), «Община Бахай» (содействие достижению гармонии отношений в общинах, расширение собственных возможностей и развитие личности), «Сваастия» (оказание услуг крупной колонии переселенцев), «Общество поощрения развития молодежи и широких кругов населения» (осуществление программ в интересах находящегося в непривилегированном и маргинализированном положении населения, прежде всего подростков), «Прерана» (формирование навыков и расширение возможностей общества) и «Экшн Индия» (содействие расширению прав и возможностей женщин и развитие общин). Члены сети обмениваются опытом, решают общие проблемы (например, оценка, пропагандистская и информационная деятельность) и спо-

собствуют обеспечению участия молодых людей в процессе принятия решений.

Организация «Сваастия» добилась успехов в обеспечении участия общин в проведении крупномасштабного научного социологического исследования. Это научное исследование включало в себя базовое обследование условий и знаний в общинах и качественные исследования (интервью с основными группами). Члены общин оказывают помощь в получении информации по вопросам охраны здоровья у своих соседей. Владельцы магазинов распространяют среди обращающегося к ним с просьбами населения противозачаточные средства. Молодежь подготовила развлекательные и информационные фильмы, которые транслируются по местному кабельному телевидению. Организация «Дон Боско Ашхалаям», входящая в международную сеть организаций, предоставляющих жилье, обеспечивает кров и комфортные условия жизни бывшим беспризорным, которые покинули свои дома или были выгнаны из них. Мальчики и девочки живут в отдельных помещениях. Их учат чтению, арифметике и ремеслам, а также формируют у них навыки по приготовлению пищи, стирке, уборке и поддержанию помещений в надлежащем порядке. Благодаря таким регулярным занятиям у детей, долгое время живших на улице, формируются необходимые для жизни навыки. Дети старшего возраста продолжают обучение в школах за пределами организации. Кроме того, имеется телефонная линия помощи для предоставления беспризорным молодым людям информации и консультаций и направления их в другие службы, оказывающие аналогичные услуги.

Проблемы, связанные с координацией

В случае эффективного удовлетворения потребностей в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья подростков могут получить распространение крупные многосекторальные инициативы. Следует тщательным образом определять последовательность и координировать различные компоненты программ, предусматривающих участие нескольких государственных секторов. Необходимо четко определить функции структур, занимающихся координацией, и если этого не будет сделано, то проекты будут осуществляться как отдельные мероприятия[13]. Вместе с тем все сектора и все партнеры должны проявлять чувство ответственности и приверженность делу.

Наличие соответствующего потенциала — это основа успешной координации. Однако во многих случаях в многосекторальных молодежных проектах ведущую роль играют не давно учрежденные министерства, а недавно созданные органы, занимающиеся вопросами молодежи, которые не имеют инфраструктуры и достаточного объема ресурсов.

7 подросткам - приоритетное внимание

Работа над важнейшими проблемами подростков и молодежи имеет срочное и приорететное значение как фактор успешной реализации мер социально-экономического развития, направленных на то, чтобы облегчить нищету, обуздать пандемию СПИД и дать женщинам и мужчинам новые права и возможности для создания более равноправного мира. В частности, в обязательном порядке нужно инвестировать в программы по удовлетворению потребностей подростков в сфере репродуктивного здоровья.

Как уже отмечалось в настоящем докладе, в программах необходимо учитывать разные потребности, навыки и степень социального участия подростков в условиях разных культур, их характерные обстоятельства (учится подросток или нет, проживает в сельской местности или в городе, богат, беден, или из числа перемещенных лиц), а также разницу в возрасте, гендерной принадлежности и семейном положении.[1] Программные усилия должны твердо опираться на более тесный диалог с общинами и их поддержку.

Необходимо уделять пристальное внимание программам, учитывающим интересы молодежи

Сфера политики

После МКНР опыт работы над проблемами сексуального и репродуктивного здоровья подростков показал, что в поддержку этой деятельности срочно необходима соответствующая политика. Программы, в которых решаются такие деликатные вопросы, не в состоянии выживать во враждебном климате. Тем не менее, лишь у немногих стран есть политика, непосредственно посвященая потребностям молодежи в информации и в услугах. Желательно, чтобы соответствующая политика была у правительства еще до внедрения программ, хотя официально изменение политики может совпадать с осуществлением программы или даже состоятся после него.

Агитационно-разъяснительная работа является залогом поддержки со стороны институциональных структур и общественности в адрес изменения проводимой политики на многих уровнях, включая национальные законы, политику и положения, определяющие нормы практики, а таже общинные обычаи и традиции.

Политика, которая предусматривает введение соответствующих ограничений, может наносить ущерб сексуальному и репродуктивному здоровью подростков, препятствуя получению ими спасительной для их жизни информации или доступа к услугам. В некоторых странах законом запрещено снабжать противозачаточными средствами несовершеннолетних в возрасте до шеснадцати лет и незамужних женщин. Даже когда подобные услуги разрешены законом, их запрещают отдельные клиники. В других случаях из страха перед осуждением своей общиной или некоторыми ее представителями молодые люди не обращаются за оказанием услуг. Доступ молодых людей к просвещению и услугам в области репродуктивного здоровья ограничен и в тех случаях, когда их нельзя получить без согласия со стороны родителей или другого супруга.

Отсутсвие конкретных законов или конкретной политики, например, непоощряющих ранние браки или предусматривающих охрану девочек от сексуального домагательства или насилия, также может нанести урон сексуальному и репродуктивному здоровью. С другой стороны, политика и законы, которые приветствуют необходимые программы или обязуют их принимать, могут оказать положительное воздействие.

Главная задача агитационно-разъяснительной работы, особенно в строго традиционном обществе, состоит в том, чтобы преодолеть табу на открытое обсуждение проблематики сексуальных отношений, включая признание того факта, что многие молодые люди ведут активную половую жизнь еще до вступления в брак. Такая постановка вопроса приведет к оздоровлению общества, которому будут под силу новые задачи благодаря установлению более тесных контактов и уважения между поколениями. Важно это и для того, чтобы община осознала необходимость изменения политики, особенно в ответ на пандемию ВИЧ/СПИД. Здесь потребуется задействовать самые различные коммуникационные каналы: средства массовой информации, концерты народных исполнителей и дискуссионные группы.

КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ ПОЛИТИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА Политическая приверженность самого высокого уровня, подкрепленная ресурсами и имеющая долгосрочный характер, является залогом успеха программ, направленных на решение нередко деликатных вопросов подростковой сексуальности. У многих правительств ушли годы на то, чтобы признать кризис СПИД в своих странах и потенциальную взрывоопасность распространения СПИД в предстоящее десятилетие, если не форсировать усилий по сдерживанию эпидемии, и в том числе мероприятий по уходу и лечению граждан, уже инфицированных ВИЧ/СПИД.[2]

Наибольшего успеха в борьбе с ВИЧ/СПИД добились такие страны как Бразилия, Сенегал, Таиланд , Уганда и Ямайка, чьи руководители серьезно восприняли эпидемию еще более десяти лет тому назад. В других случаях правительства признали всю серьезность кризиса позже, но уже сейчас стали получать результаты. Премьер-министр Индии призвал парламент страны, считать ВИЧ/СПИД самой острой проблемой, стоящей перед страной в области здравоохранения.[3]

С другой стороны, есть некоторые примеры политики по борьбе со СПИД, которая может вести к стигматизации молодых людей и попранию их прав человека, когда, скажем, от девушек требуют носить особую одежду или отличительные знаки, чтобы показать, что они девственницы. Такие подходы только отталкивают тех, кому больше всего нужна информация и поддержка, и не обеспечивают срочно необходимых практических знаний и защиты.

Точных исследований того, как программы влияют на изменение законов, политики и культурных нормативов и на формирование благоприятной среды с точки зрения сексуального и репродуктивного здоровья подростков, проводится немного. Такой мониторинг - дело относительно новое, и выводы здесь делать трудно. В основном примеры успешных результатов приходится брать из разбора отдельных случаев и индивидуальных докладов. Потребуются новые усилия для того, чтобы улучшить документальное оформление и оценку программ.

ПРИМЕРЫ ПРОГРЕССА В СФЕРЕ ПОЛИТИКИ Боливия и Доминиканская Республика утвердили национальную политику по делам молодежи с компонентом сексуального и репродуктивного здоровья подростков в 1998 году. И в одном и в другом случае это произошло при самой активной руководящей роли влиятельных политиков: в Боливии - это супруга бывшего президента страны и один из вице-министров, а в Доминиканской Республике - вице-президент при участии молодежного движения, поддержке международных организаций и успешной координации усилий ряда правительственных структур.[4]

ЮНФПА и Агенство США по вопросам международного развития оказывали помощь правительству Ганы в разработке политики репродуктивного здоровья подростков, отражающей цели МКНР.[5]

Во Вьетнаме Министерство здравоохранения разработало национальные стандарты и руководящие направления по проблемам репродуктивного здоровья, куда вошел раздел, непосредственно посвященный подросткам.[6] ЮНФПА взаимодействует с правительством Иордании в разработке комплексной молодежной стратегии с особым упором на навыки человеческого общения и репродуктивное здоровье для девочек, а главным объектом агитационно-разъяснительной работы в этом случае стали Министерство просвещения, другие министерства, НПО и школьные администраторы.[7]

В Кении в рамках проекта молодежных инициатив руководители местного звена обучались ведению агитационно-разъяснительной работы по проблемам репродуктивного здоровья подростков среди своих коллег национального уровня, что способствовало повышению приорететности этого вопроса в национальной политике.[8]

Программы по принципу прав человека

На сегодня сложился международный консенсус, подтвержденный Конвенцией по правам ребенка и МКНР, относительно того, что за молодежью закреплены основные права человека и у нее есть право на их осуществление. Такая постановка вопроса дает прочную основу для программ , направленных на решение проблем сексуального и репродуктивного здоровья подростков.

Как и в других областях развития, при планировании программ в данной сфере специалисты используют программный подход по принципу прав человека, согласно которому государства несут обязательство создавать условия для реализации каждым своих прав, вместо традиционных

26 **ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ, ЗАКРЕПЛЕННЫЕ В ДЕКЛАРАЦИИ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ** В 2000 году 189 правительств поставили свои подписи под целями в области развития, закрепленными в Декларации тысячелетия, большинство из которых подлежит выполнению к 2015 году и предполагает продвижение вперед исходя из уровня 1990-х годов:

1. Искоренить крайнюю нищету и голод.
2. Добиться всеобщего начального образования.
3. Поощрять гендерное равенство и наделить женщин новыми правами и возможностями.
4. Сократить детскую смертность.
5. Улучшить состояние здоровья женщины на этапе материнства.
6. Вести борьбу с ВИЧ/СПИД, малярией и другими заболеваниями.
7. Обеспечить устойчивость окружающей среды.
8. Разрабатывать глобальное партнерство в целях развития.

Как отмечал в 2002 году Генеральный секретарь ООН Кофи Аннан: " Целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, особенно искоренения нищеты и голода, не достигнуть, если не заниматься вплотную вопросами народонаселения и гендерного здоровья. А это означает более активные усилия по поощрению прав женщин, более весомые инвестиции в образование и здравоохранение, включая репродуктивное здоровье и планирование семьи".

подходов, где упор скорее делался на нуждах уязвимых слоев населения без полного учета их возможностей и прав или где не было стратегий по наделению их такими возможностями и правами.

Подход к развитию по принципу прав человека признает, что люди в состоянии выступать от собственного имени и реализовывать свои права только тогда, когда они приобретают доступ к соответствующей информации, навыкам и возможностям. Применительно к подросткам это предполагает прогрессивные меры по устранению препятствий их репродуктивному здоровью и правам, по предотвращению нарушений прав и наказанию нарушителей, а также конкретные шаги по достижению прав.

В числе мероприятий, поощряющих права молодежи, следует отметить следующее:

- Освещение прав человека в политике в области образования, школьном и внеклассном преподавании подросткам вопросов сексуальности, программах подготовки кадров и в работе с населением.[9]
- Мобилизация общества и политических кругов в поддержку политики по разрешению "забытых" вопросов репродуктивного здоровья, включая раннее и принудительное вступление в брак, сексуальное насилие, обязанности мужчин, права на информацию и услуги по проблемам сексуального и репродуктивного здоровья.[10]
- Разработка политики по делам молодежи на национальном и местном уровнях, в которой главное внимание уделяется гендерному равенству и правам молодых людей в контексте сексуального и репродуктивного здоровья, и где указаны конкретные меры с ассигнованием средств на их реализацию.[11]
- Привлечение неправительственных, правозащитных, женских и молодежных организаций к участию в политике репродуктивного здоровья и в законодательных и программных процессах.[12]
- Предоставление молодежным группам более широких возможностей участвовать во всех этапах процесса разработки программ, что будет содействовать их вкладу в политическую и законодательную дискуссию и в успешное осуществление программ.[13]
- Создание коалиций в поддержку правовых реформ, мер практического исполнения законов и обзора законодательства в целях защиты прав подростков, прежде всего по таким важным вопросам, как насилие, брачные отношения, образование и репродуктивное здоровье.
- Обеспечение участия в этих усилиях молодежи.

Успех в данном случае будет зависеть от интеграции этих мероприятий с более широкими национальными рамками по облегчению нищеты в развивающихся странах и по достижению целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия (см. вставку), включая такие процессы реформ как программы стратегий сокращения масштабов нищеты и общесекторальные подходы к реформе сферы здравоохранения. Эти национальные планы нередко не отражают международных договоренностей по правам и потребностям молодежи.

Индикаторы, разработанные для измерения прогресса в выполнении целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, квалифицируют молодежь как важную категорию населения, чье здоровье и благосостояние

нуждаются в мониторинге. Однако некоторые защитники прав молодежи высказывали разочарование тем, что там отсутствуют цели, которые непосредственно бы признавали особые потребности этой традиционно остающейся на втором плане возрастной группы.

Мобилизация поддержки общин

Даже в тех случаях, когда были разработаны правильные политика и законы, их осуществление шло медленно и трудно. Программы по устранению ограничительных социальных норм и по содействию новым моделям поведения нуждаются в агитационно-разъяснительной работе, чтобы можно было заручиться активным участием общины и отразить там присущую ей местную проблематику, ценности и приорететы.

Мобилизационная работа в общине ориентирована на тех ее представителей, чье мнение пользуется авторитетом у других, и нужно это для того,чтобы создать более благоприятную среду для осуществления проектов и попытаться привлечь таких людей к концептуальной и практической разработке программ. Это динамичный процесс, который направлен на то, чтобы установить потребности и интересы широких слоев населения данной общины. Члены общины, вовлеченные в такую работу, сами затем становятся проводниками социальных перемен, помогают преодолевать оппозицию и продвигают вперед цели политики и программ.[14]

В ряде молодежных программ с успехом применялся общинно-мобилизационный подход, получивший название коллективного учебного практикума(КУП). КУП предполагает самоанализ участниками своих ситуаций и нахождение решений стоящих перед ними задач. С применением КУП в Лусаке, Замбия, была разработана программа репродуктивного здоровья для подростков, включающая в себя адресные молодежные услуги, консультативную помощь сверстников и распространение контрацептивных средств непосредственно в общинах.[15] В Камбодже в рамках КУП на одном из швейных предприятий его многочисленные молодые участники разрабатывали учебный план производственной программы репродуктивного здоровья.[16]

В Буркина-Фасо за счет реализованного на общинной основе проекта под руководством одной из национальных НПО удалось укрепить позиции трех молодежных ассоциаций, базирующихся в сельской местности. Эти группы в свою очередь привлекли членов общин, прежде всего молодежь, к общинным программам по решению актуальных для них вопросов репродуктивного здоровья.[17] В результате удалось улучшить понимание проблем сексуального и репродуктивного здоровья, появились новые возможности для открытого обсуждения вопросов сексуальных отношений, более убедительными стали аргументы применения

27 **МОЛОДЕЖЬ ВЕРШИТ ПОЛИТИКУ В ДОМИНИКАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ** Коллективный процесс был использован в Доминиканской Республике при разработке Национальной политики по делам подростков и молодежи на 1998-2003 годы. В 1996 году был организован национальный молодежный форум как часть общенационального обсуждения социальных приоритетов, включая вопросы молодежи. Молодые участники потребовали от правительства изложить четкую молодежную программу и обеспечить участие молодежи в политическом процессе. При поддержке ЮНФПА и Панамериканской организации здравоохранения, а также при значительном вкладе со стороны молодых людей, межсекторальным комитетом был разработан проект национальной молодежной политики.

Молодые люди далее призвали принять закон о создании министерства по делам молодежи на уровне кабинета министров и выделить один процент национального бюджета в его распоряжение; в конечном итоге с некоторыми поправками законодательство было принято. Один из очевидцев этого писал: " С позиций символики и равенства важно, что закон признал молодежь как национальное богатство и позитивную силу. Такое признание является разительным контрастом по сравнению с существующими законами, которые преподносят молодых людей как потенциальных нарушителей, подлежащих либо контролю, либо наказанию".

презервативов и шире открылся доступ к конрацептивным средствам.

В Бангладеш Комитет по улучшению положения в сельских районах наладил общинную поддержку идей развития в подростковом возрасте, включая отсрочку раннего вступления в брак, организовав программу выделения кредитов, разработанную в ответ на потребности, высказанные самим местным населением.[18]

Мобилизационная работа в общинах особенно эффективна, когда она проводится целой сетью НПО, целенаправленно работающих на конкретные социальные группы и способных сотрудничать, делиться приобретенным опытом и навыками и объединять свои ресурсы.

Привлечение молодежи к разработке программ

Успех работы по проблемам прав и потребностей подростков зависит от активного привлечения молодых людей к подготовке и осуществлению политики и программ.

Взрослым свойственно смотреть на детей сквозь призму своих собственных интересов и забот. Нередко считается вполне естественным, что подростки должны быть незаметными и подчиняться взрослым, чтоб их было видно, но не слышно до тех пор, пока к ним не обратятся старшие. Самое главное здесь - понять и решить проблему бесправия, с которым молодые люди сталкиваются и как группа и как индивидумы.

Такая тенденция игнорировать голос молодежи усугубляется не просто бедностью и отсутствием доступа к эконо-

мическим ресурсам, но и разными тесно переплетенными формами социальной заброшенности, которые исключают молодежь из полномасштабного участия в жизни своего общества.[19]

В последние годы все больше и отдельных людей и организаций в разных странах мира начали ставить под вопрос отношение к молодежи как к людям более низкого статуса. Почему допустимо, а во многих случаях и законно, бить детей, заставлять их всупать в брак еще до того, как они в состоянии понять, что с ними происходит, или платить им зарплату ниже чем взрослым за точно такой же труд?

Конвенция о правах ребенка официально признает именно права детей, а не просто необходимость их защиты. В статье 12 настоятельно проводится идея "видимости" детей по праву самого их существования и говориться, что "дети и молодежь имеют право выражать свое мнение и расчитывть на учет своего мнения в любых затрагивающих их вопросах". Осуществление Конвенции на деле потребует изменить то, как люди воспринимают отношения между взрослыми и детьми, когда детей чаще всего рассматривают как некий объект защиты и воспитания, а не как самостоятельный источник достойных внимания мнений.[20]

Выступающая за молодежное "право на свои права" шотландская группа молодежи называет себя - "Статья 12". Согласно информации на ее веб-сайте, "все участники "Статьи 12" считают необходимым высказывать свои мнения при любых возможностях и по любым волнующим их вопросам. Но самое главное, что они считают необходимым создавать возможности, поскольку, скажем прямо, мало кто из взрослых прислушивается к молодежи".

Это новое осознанание того, что мнение молодежи необходимо учитывать, прослеживается и в местных программах, которые привлекают самих молодых людей к улучшению своего здоровья и повышению уровня развития вместо того, чтобы считать их пассивными получателями знаний, услуг или ухода.[21]

КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ УЧАСТИЕ МОЛОДЕЖИ За последние десять лет идея молодежного участия закрепилась и получила признание, пройдя путь от чисто символических проявлений до активного выступления за более широкое привлечение молодых людей к решению актуальных для них вопросов.

Определения молодежного участия были разными и непоследовательными.[22] Международной федерациии планового родительства пришлось пройти долгий путь к нахождению и применению определения понятия молодежного участия внутри своей организации, которое было бы наполнено реальным смыслом. С 1999 года действует требование руководящей структуры МФПР, согласно которому среди участвующих в принятии решений людей не менее 20 процентов должны быть лицами в возрасте до 25 лет.[23] К ее сессиям традиционно привлекаются молодые люди, мнение которых поощрятся, и у которых есть все возможности его высказывать. Молодые люди издают «X-press» - это расчитанный на подростков бюллетень МФПР, полный информации о правах и здоровье.

Участие в работе общественных организаций дает ощущение связи и причастности, помогая молодым людям найти свое собственное я. Взаимодействие со сверстниками, которые придерживаются в некоторых случаях таких же взглядов, укрепляет их собственные воззрения и ценности. А чувство собственного вклада в общее дело, в принятое решение или в жизнь группы, может стать важнейшим элементом формирования личности.

Все эти факторы имеют непосредственное значение для сексуальной и репродуктивной жизни молодых людей. Очень многое из того, что необходимо молодежи для здорового развития, зависит от отношений с другими и от умения строить свои отношения и решать возникающие вопросы.

Работа в партнерстве с молодыми людьми нередко является непростой задачей для взрослых руководителей программ, которые могут считать, что у них более богатый опыт и это дает им больше оснований для принятия решений, и кому не всегда может быть просто согласиться с мыслью о равенстве, поскольку это противоречит традиционной динамике отношениий взрослых и детей.[24]

28 **НИДЕРЛАНДСКИЙ СОВЕТ ПО ВОПРОСАМ МОЛОДЕЖИ И НАРОДНАСЕЛЕНИЯ** Нидерландский совет по вопросам молодежи и народнаселения, группа в составе около15 молодых людей, стремится к реализации репродуктивных прав молодежи , а также к ее реальному участию в этой области. С момента создания в 1997 году Всемирной федерацией народонаселения, ее представители входили в состав официальной делегации Нидерландов на ряде международных конференций по проблемам народонаселенияи и развития, положения женщин и ВИЧ/СПИД и также участвовали во Всемирных форумах молодежи в Португалии и в Сенегале. На этих конференциях они выступали за открытый и откровенный подход к вопросам сексуальности молодых людей.Свои знания тематики сексуальных и репродуктивных прав, участия молодежи и агитационно-разъяснительной работы Совет использует на семинарах и в информационных кампаниях, ориентированных на молодых людей в Нидерландах. Он также принимает активное участие в усилиях посозданию в 2004 году Европейской молодежной сети с целью содействия сексуальным и репродуктивным правам молодых людей на национальных, общеевропейских и международных форумах.

Пренебрежение мнением молодежи может прямо навредить молодым людям, потворствовать безнаказанности среди тех, кто попирает их права или просто вести к неверным решениям. Участие укрепляет демократию, позволяет более оптимально защитить ребенка и представляет собой фундаментальное право.[25] Оно также является ключом к прогрессу на благо молодежной политики и программ.

ПРОГРАММНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ Воодушевляющие примеры молодежного участия можно найти на всех уровнях: это политический процесс, кампании в СМИ, борьба за права человека, образование, услуги и советы сверстника сверстнику и профессиональная подготовка. Когда к молодым людям обращаются взрослые серьезно намеренные узнать их мнение, молодежь выдает в точности то, что необходимо и делает процесс намного богаче. Эффективные национальные советы молодежи были созданы во многих странах-донорах и в программных странах.

Понимая, что ничего само по себе не изменится, многие молодые люди стали объединяться, чтобы улучшить свой социальный, экономический и политический статус. ЮНЕСКО приводит перечень многих организаций, где главные позиции занимает молодежь, таких как Сибирская молодежная инициатива, которые выступают за активное участие в формировании молодежной политики, создание условий для сотрудничества между молодежными организациями и привлечения молодежи к решению глобальных вопросов.[26]

Некоторые страны прилагали попытки по разрабатке молодежной политике, где прямо говорится о привлечении молодых людей и разработаны планы их будущего участия. Колумбия приняла Закон по делам молодежи, который стимулирует активное участие молодых людей в вопросах национального развития и провозглашает уважение и поощрение их прав.[27] Молодых людей включали в местные планы развития, а в провинциях страны были созданы отделения по делам молодежи.

В Мексике, опираясь на пример кампании по охране здоровье женщины, группа молодых людей создала в 1996 году молодежную сеть Elige для общенационального обсуждения вопросов с целью оказания влияния на законодателей и информирования молодых людей об их репродуктивных правах.[28] В 2001 году при поддержке ЮНИФЕМ ими была создана активистская сеть молодых женщин по борьбе с гендерным насилием.[29]

Elige является членом Молодежной сети за сексуальные и репродуктивные права в Латинской америке и Карибском бассейне - региональной общественной сети, выступающей за права молодежи, гендерное равенство и доступ к образованию и услугам по вопросам сексуальных отношений. Она координирует позиции молодежных организаций всего региона при проведении кампаний, конференций и международных совещаний, а также оказывает поддержку в подготовке инструкторов-сверстников.

Базирующаяся в Канаде Коалиция молодежи была сформирована в 1999 году в Гааге на совещании по обзору прогресса в осуществлении МКНР.[30] В состав этой международной группы входят люди в возрасте 15-29 лет, которые привержены делу сексуальных и репродуктивных прав молодежи и ее привлечения к процессам принятия решений, особенно в вопросах, непосредственно затрагивающих ее жизнь. Члены организации прошли подготовку по ведению агитационно-разъяснительной работы с официальными лицами, ответственными за разработку политики.

29 **ФИНЛЯНДИЯ ПОМОГАЕТ ЮНФПА ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПРОГРАММЫ В БОЛЕЕ ШИРОКИХ МАСШТАБАХ** Правительство Финляндии является одним из лидеров в поддержке глобальных усилий по решению вопросов сексуального и репродуктивного здоровья подростков. В последние годы помимо своего регулярного взноса в ЮНФПА оно дополнительно оказывало финансовую и техническую поддержку, благодаря которой Фонду удалось документально оформить и укрепить успешные программы, а также использовать опыт этих подходов в более широких масштабах. Кроме того, Финляндия оказывала поддержку в проведении глобальной просветительской работы и обмена знаниями, кампании по искоренению заболеваемости гинекологическим свищем, предоставлении адресных молодежных услуг, разработке поведенческо-модифицирующих коммуникационных стратегий и поддерживала участие ответсвенных за разработку политики лиц и молодежных лидеров в ряде глобальных и региональных форумов.

Ресурсы

На Международной конференции по вопросам народонаселения и развития был согласован вопрос о стоимости комплекта по охраие репродуктивного здоровья и других потребностей населения всех возрастов в развивающихся странах годовой стоимостью в 17 млрд. долл. США на 2000 год с последующим увеличением до 18,5 млрд. долл. США в 2005 году, 20,5 млрд. долл. США в 2010 году и 21,7 млрд.долл. США - в 2015 году. Международное сообщество выделит треть от этих сумм.

В 2001 году общие ассигнования составили 9,6 млрд. долл.США. Международная помощь равнялась 2,5 млрд. долл. США, то есть менее половины (44 процента) от обязательств за 2000 год. Развивающиеся страны внесли 7,1 млрд. долл. США, или около 63 процентов своих обязательств за 2000 год. Основная часть этих ассигнований поступила от небольшого числа крупных стран. Африка является регионом, на долю которого приходится

больше всего (70 процентов) выделяемых из международных источников средств.

На МКНР в первоначальные сметные данные программных расходов по ВИЧ/СПИД не вошли расходы на мониторинг банка крови, систем медицинских анализов и консультаций или разъяснительной работы среди групп повышенного риска. Не были включены туда и меры вторичной профилактики, такие как анти-ретровирусное лечение (например, чтобы замедлить передачу заболевания от матери к ребенку или сократить вирусную нагрузку у инфецированных пациентов).

На основании превентивного компонента в первоначальном пакете ЮНЭЙДС был подготовлен обновленный вариант потребностей и составлена смета дополнительных ресурсов, необходимых на вспомогательные и основные компоненты борьбы с пандемией. Сметные потребности мероприятий по сравнению с первоначальными подсчетами (кампании в средствах массовой информации, просвещение в учебных заведениях, пропаганда добровольного воздержания и ответственного сексуального поведения, а также более широкое снабжение презервативами) возрасли на 200 млн. долл. США до 1,7 млрд. долл. США. Расходы на поддержку и вспомогательное обеспечение профилактики, ухода и лечения подняли общую сумму до 10 млрд. долл. США в год.

Дополнительные ресурсы потребуются на нужды развития базовой инфраструктуры здравоохранения, специализированного врачебного обслуживания и неотложной геникологической помощи.

Нужны будут ресурсы и на другие связанные с народонаселением цели в области развития, закрепленные в Программе действий. Среди них необходимо отметить следующие задачи:

- Всеобщее базовое образование.
- Наделение правами и возможностями женщин.
- Проблемы окружающей среды.
- Создание занятости.
- Искоренение нищеты.

Хотя в Программе действий и не приводятся сметные данные с разбивкой ресурсов по потребностям различных возрастных групп, подростки и молодежь получают услуг значительно меньше, чем остальные категории.

Перед государством, обществом и семьей подростки ставят вопрос о том, чтобы их поддержали, приняли в свое лоно и отнеслись с уважением. Взросление - это время максимализма, поисков и проверки своих возможностей.

Выбор, сделанный в юности, определяет курс на будущее. Правильность выбора молодых людей зависит от примеров, которые они видят, от образования и ресурсов, которые они получают. Нередко общество и семья затрудняются понять или не знают, как удовлетворить потребности молодежи.

Что дать молодым людям, тем они и воспользуются, чтобы утверждать собственное "я" и прокладывать свой курс. В

30 **РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН В БАНГЛАДЕШ** 20летняя Шахина Актер – это одна из приблизительно 1100 молодых женщин, закончивших учебные курсы, организованные в рамках осуществляемого в Бангладеш при поддержке ЮНФПА проекта, которые открыли свои собственные предприятия. Целью проекта является сокращение масштабов нищеты на основе формирования необходимых навыков и предоставления займов для открытия мелких предприятий; в качестве инициатора этой инициативы выступил банк «Грамин бэнк».

Община Бибир-Базар, в которой родилась эта молодая женщина, решила сосредоточить усилия на такой деятельности, как пошив одежды, изготовление корзинок, разведение птиц и скота. «Я поступила на курсы после окончания средней школы и 6 месяцев училась шить верхнюю одежду и шарфы», – говорит Шахина Актер. Проект предусматривает также оказание поддержки в реализации других видов деятельности по развитию общин и созданию небольших поликлиник, оказывающих базовые медико-санитарные услуги, включая охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи.

Умная, целеустремленная и предприимчивая Шахина взяла небольшой заем и очень скоро набрала еще 20 девушек для работы на предприятии по пошиву одежды. Она продает свою продукцию магазинам в соседнем городе Комилла и получает небольшую прибыль. Кроме того, она обучает шитью других девушек. «Мои курсы завершают все», – с гордостью говорит она.

Благодаря этому проекту существенно повысились доходы жителей деревни и сегодня женщины обладают большей экономической независимостью, могут регулировать рождаемость и в будущем иметь меньшее число более здоровых детей, чем женщины, находящиеся в других условиях.

Благодаря предоставляемым в рамках проекта кредитам средний рост вступления в брак в Бибир-Базаре увеличился с 17–19 лет до приблизительно 24. Полностью устранена существовавшая ранее практика выплаты приданого. Шахина объясняет: «В нашей деревне девушки выходят замуж со своим собственным «приданым», которое они сами заработали. Это ставит их в более равноправное положение с мужчинами».

«Если бы не было этого проекта», – говорит Шахина, – «то к 19 годам я бы уже, наверное, вышла замуж, имела ребенка, жила в нищете и страдала от недоедания».

предстоящие пятьдесят лет количество подростков, живущих в разных точках планеты и в разных ситуациях, составит 1,2 млрд. человек. Если упустить подростков с их жизненными переходами, то урон будет нанесен молодежи, их семьям, обществу и будущим поколениям. А соответствующие инвестиции могут обеспечить здоровый рост и развитие.

Цена бездействия

Проблемы молодежи - это часть сложного узла социально-экономических изменений и решать их необходимо многогранными и межсекторальными усилиями. Нищета и отсутствие единой картины экономического роста, которому в разных ситуациях то способствуют, то препятствуют силы глобализации, приводят во многих случаях к высокой безработице среди молодежи. Произошедшее за несколько десятилетий широкое внедрение формального образования открыло новые возможности и поставило новые задачи в динамично меняющихся трудовых ресурсах.

Достижения в сфере эпидемиологии и питания укрепили здоровье молодежи; новые болезни, включая венерические заболевания и ВИЧ/СПИД, поставили новые задачи. Новая демографическая динамика меняет те относительные приорететы, которыми руководители политики наделяют различные возрастные группы в своих бюджетах и планах. Это затрудняет решение вопросов "заброшенного", переходного возраста подростков.

Оценить важность инвестиций в молодежь сложно в силу целого ряда факторов:

- Результаты многих мероприятий проявляются далеко не сразу.
- Из-за того, что инвестиции в разных областях работают синергично, порой трудно выявить причины и определить приоритеты.
- Экспрементальный формат программ, который позволил бы сопоставить различные подходы, редко применяется во многих областях социального вмешательства (включая репродуктивное здоровье и общинные программы) по практическим и этическим соображениям.
- Молодежная демография предельно разнообразна: стратегии дожны соответствовть жизненным ситуациям (состоит в браке или нет, учится ли, трудоустроен, живет в семье полного состава или нет и т.д.) и культурным предпосылкам - тут нет одинаковых подходов для всех и каждого. Ценное в одной ситуации или для одной подгруппы молодых людей может оказаться менее эффективным для другой, даже когда известно, что цена бездействия будет значительной.[31]

31 **УРОКИ НА БУДУЩЕЕ** Программы по решению вопросов сексуального и репродуктивного здоровья подростков претерпели значительное развитие после МКНР в 1994 году. Сегодня существует достаточный опыт, чтобы направлять програмное планирование и определять ключевые задачи на будущее. Некоторые из приобретенных уроков состоят в следующем:

- Лица, ответственные за определение политики, правительственные руководители и руководители гражданского общества должны привлекаться к формированию позитивной политики и программ.
- Общинная поддержка нужна для более широкого признания и применения адресных молодежных услуг.
- Участие молодежи и партнерство молодежи со взрослыми являются залогом актуальности программ, непосредственной к ним причастности и эффективного их применения.
- Понимание гендерной прблематики и гендерное равенство необходимо сделать неотъемлемой частью составления программ.
- Повышение возрастного ценза для вступления в законный брак при соответствующей социальной мобилизации в поддержку осуществления такой меры станет одним из необходимых примеров помощи молодым людям, как мужчинам и так и женщинам, в более оптимальном выполнении семейных, экономических и социальных функций.
- Профилактика раннего деторождения, венерических инфекций и ВИЧ должна проводится комплексно как в сфере образования, так и в рамках программ по оказанию услуг, с упором на безопасные сексуальные отношения и двойную защиту.

Некоторые ключевые потребности, заслуживающие последующего внимания:

- Необходимо систематически собирать и распространять базовую информацию о программах, включая сведения о расходах, чтобы у всех была возможность ознакомиться с разнообразным опытом.
- Необходимо расширять масштабы применения базовых программ, таких как образование по вопросам сексуальных отношений и адресные молодежные услуги, особенно если для этого существует соответствующая инфраструктура.
- Необходимо разработать и эксперементально проверить более оптимальные модели программ для работы с неучащейся молодежью.
- Необходимо эксперементально проверить модели составления программ для традиционных обществ.
- Необходимо укрепить работу по документальному оформлению и оценке программ.

Кроме того, трудно предположить фактическую стоимость программ[32] и их различные выгоды (особенно в вопросах помимо повышения производительности). Для разработчиков политики ситуация может осложняться и тем, что инвестиции могут приносить разные блага юношам и девушкам. Например, для юношей полезнее могут быть программы по борьбе с курением, алкоголизмом и наркоманией. А от инвестиций в репродуктивное здоровье больше выигрывают женщины.

Как мы видели в главе 1 (таблица 3), причинно-следственные механизмы негативных результатов в работе с подростками сложны и взаимоувязаны. Чтобы разорвать звенья порочного круга, захватившего некоторых людей, и поставить ему на смену "добродетельный" круг взаимной позитивной поддержки, нередко необходимо комбинированное программное вмешательство.

Тем не менее, данные проводимых в различных контекстах исследований свидетельствуют о важности инвестиций в молодежь с точки зрения экономических последствий.

ЦЕНА РАННЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ Одним из ключевых направлений работы является предотвращение незапланированной беременности среди молодежи и пропаганда деторождения в более взрослом возрасте.

Цена подростковой беременности по сравнению с беременностью в возрасте старше 20 лет была рассчитана[33] с учетом следующих факторов:

- Заниженный уровень пожизненного заработка матери (с учетом преждевременного ухода из школы, заботы о ребенке, которая сказывается на образовании и занятости, и меньшего трудового опыта) - в основном издержки частного характера.

- Заниженные налоговые поступления (ввиду низких доходов матери или низких поступлений по статье потребительского налога).

- Выплаты на детей (ранняя беременность нередко сопровождается заниженным уровнем родительской материальной поддержки).

- Более высокие медицинские затраты (осложнения чаще присущи в ранней беременности, а последующие медицинские затраты на ребенка выше; эти затраты в свою очередь отрывают от услуг, которые могли бы быть оказаны другим, если бы раннюю беременность удалось предотвратить или отсрочить).

- Дополнительные затраты на неимущих детей (включая межпоколенческие результаты заниженного уровня образования, высокорискованный об-

32 **ГЛОБАЛЬНЫЙ КОНСЕНСУС ОТНОСИТЕЛЬНО ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ** В проведенном Организацией Объединенных Наций пятилетнем обзоре осуществления Программы действий МКНР к правительствам обращен призыв удовлетворить потребности подростков в надлежащих, конкретных, учитывающих их интересы и доступных услугах для обеспечения эффективной охраны репродуктивного и сексуального здоровья, включая просветительскую работу, информацию, консультации и агитационно-пропагандистскую деятельность в области репродуктивного здоровья. Цель состоит в том, чтобы «подростки могли принимать ответственные и обоснованные решения..., с тем чтобы, в частности, сократить число случаев подростковой беременности».

В заключенном в 1999 году соглашении отмечаются также следующие моменты:

- правительства должны обеспечить, чтобы родители и лица, несущие юридическую ответственность, имели соответствующую информацию о сексуальном и репродуктивном здоровье с учетом развития подростков.

- Подросткам, ведущим половую жизнь, будет необходимо предоставлять специальные информацию, консультацию и услуги по планированию семьи, а также [информацию и услуги] о предупреждении и лечение болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДа.

- Эти услуги должны гарантировать право подростков на личную жизнь, конфиденциальность и обоснованный выбор с учетом их культурных ценностей и религиозных убеждений в соответствии с положениями существующих международных соглашений и конвенций.

- Несовершеннолетние беременные женщины подвергаются особому риску, семьи, медицинские работники и общины должны оказывать им помощь во время беременности, родов и на начальном этапе послеродового периода. Такая поддержка должна подросткам продолжить обучение.

- Страны должны обеспечить, чтобы программы медицинских учреждений не ограничивали доступ подростков к соответствующим услугам и необходимой им информации, включая информацию о предупреждении и лечении болезней, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИДе и сексуальном насилии и домогательствах.

- К 2005 году правительства и доноры должны обеспечить, чтобы по меньшей мере 90 процентов, а к 2010 году по меньшей мере 95 процентов молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет имели доступ к информации и услугам, необходимым для развития жизненных навыков, требуемых для сокращения уязвимости к инфекции ВИЧ. Услуги должны включать в себя обеспечение доступа к профилактическим методам, таким, как женские и мужские противозачаточные средства, добровольное тестирование, консультации и последующие меры.

раз жизни и нищета с вытекающими отсюда расходами).

- Более высокие затраты на социальпую поддержку (включая дополнительную потребность в интернатах, программах детского питания, продовольственных льготах и государственном жилье).

- Затраты ввиду социального отчуждения (признавая тот факт, что незамужние матери пользуются меншей поддержкой семьи и общины, а в последствии оказываются лишенными перспективных возможностей).

Национальные социальные затраты отличаются в зависимости от того, какое в том или ином случае количество рожениц-подростков, какая местная зарплата и уровень социальных ассигнований.[34] Здесь присутствует два компонента: финансовые издержки (прямые ассигнования) и экономические издержки (вмененные потери из-за неиспользования ресурсов на другие нужды и минимальное воздействие этих затрат на другие ассигнования).[35]

По предварительным данным, совокупные финансовые издержки в семи странах Карибского бассейна составляют 3,6 млн. долл. США в год. Ежегодные экономические издержки в полном объеме достигают 8,5 млн. долл. США. И финансовые и социальные издержки существенно превосходят стоимость мероприятий по отсрочке деторождений до более позднего возраста. Прямые финансовые издержки колеблются в разных точках в диапазоне от 28 до 262 долл. США в год на каждого родившегося ребенка. Ежегодные экономические издержки составляют 33 - 363 долл. США на одно деторождение. Годовая стоимость предотвращения беременности с применением методов планирования семьи равняется приблизительно всего 17 долл. США.

В эти данные не включены упущенные заработки детей, когда они достигнут взрослого возраста, из-за трудности в расчетах. (По аналогичным причинам опущен целый ряд социальных издержек). Детальные исследования на Барбадосе, в Чили, Гватемале и Мексике свидетельствуют, что раннее деторождение связано с негативными экономическими проявлениями, особенно для бедных слоев населения.[36] У рожениц подросткового возраста больше вероятность оказаться в нищите, чем у рожающих в более позднем возрасте. Это прослеживается, когда сравниваемых женщин сопоставляют по важным признакам.

Раннее деторождение ассоциируется с более высокой рождаемостью, короткими интервалами между рождением детей, высоким уровнем безотцовщины[37] и передачей своему ребенку идеи многодетности.[38] Эти последствия носят не просто временный характер. Чем беднее девушка изначально, тем дольше они сохраняются. Последствия можно сократить за счет дополнительного образования и дохода, но получить его будет намного труднее. Только среди бедных, но не более имущих, женщин рождение ребенка в подростковом возрасте ведет к заниженной помесячной зарплате. И только среди бедных видны последствия в питании ребенка.

Социальная политика должна предусматривать информацию и услуги по предотвращению незапланированной ранней беременности, дополнительные образовательные и доходогенирирующие возможности и доступ молодых неимущих матерей к качественному образованию и услугам по репродуктивному здоровью.

ЦЕНА ВИЧ/СПИД Ежегодно более 50 процентов всех новых случаев заболевания ВИЧ/СПИД приходится на лиц в возрасте 15-24 лет. Среди них доля 15-19 летних в настоящее время изучается, но установить ее трудно.[39] Пандемия обходится огромными затратами из-за остановки развития, потерь сельскохозяйственного производства, потерь в образовании, чрезмерных трат на профессиональную подготовку ввиду потери кадров, перегрузки здравучреждений, лечения (где оно есть) и ухода за больными, среди прочих факторов. Комиссия по вопросам макроэкономики и здоровья подсчитала, что предотвращение одного случая инфецирования ВИЧ/СПИД в бедной стране со среднегодовым заработком в размере одной тысячи доллоров США в год позволит съэкономить 34 600 долл. США.[40]

Предотвращение ВИЧ/СПИД - главное направление работы ЮНФПА по борьбе с пандемией - приблезительно в 28 раз рентабельнее высоко-активной антиретровирусной терапии (ВААРТ).[41] Безусловно, комплексный подход к ВИЧ/СПИД признает синергию профилактики и лечения (например, ВААРТ сокращает вирусную нагрузку и снижает вероятность передачи заболевания) и нужно сбалансированно подходить к вопросам здоровья и тем социально-структурным контекстам, которые ставят людей в группу риска.[42] Необходимо провести детальные местные исследования для точного установления затрат и выгод конкретных программ, разработанных под местные условия.

Проблема отдачи от инвестиций, вложенных в профилактику ВИЧ/СПИД, пока мало изучена. В одном детальном исследовании, проведенном в Гондурасе, где, по имеющимся данным, заболеваемость ВИЧ/СПИД невелика (около 0,1 процента), был рассчитан коэффициент экономической эффективности проводимой по школам

образовательной программы для подростков и выяснилось, что меньше половины затрат дало какую-то отдачу.[43] Тем не менее, показатель отдачи находится в прямой зависимости от уровня заболеваемости. Среди населения, где заболеваемость 1 процент (как правило, именно на таком этапе политикам следует обратить внимание и разрабатывать программы) на каждый вложенный доллар отдача составит 5 долл.США. В странах с заболеваемостью 20 процентов этот показатель тут же вырастет до 99 долл. США на каждый вложенный доллар. Точные показатели отдачи зависят от охваченного числа людей, а также от характеристик программ и их осуществления.

Комплекс профилактических мероприятий, ориентированных на изменение поведенчиских моделей, включая молодежь, не состоящую в учебных заведениях, разъяснительную работу среди групп особого риска и профилактику предачи от матери к ребенку, позволит добиться еще более высокого уровня индивидуальных и социальных благ. Если при проведении анализа учитывать и дополнительные преимущества от информационных программ репродуктивного здоровья (помимо программ чисто по вопросу заболеваемости ВИЧ/СПИД), то предполагаемая отдача будет еще выше.

Проведенные в Соединенных Штатах исследования отдачи от профилактики опасного сексуального поведения показали значительные преимущества. Школьная программа профилактики ВИЧ, венерических заболеваний и беременности дала приблизительно 2,65 долл. США на каждый вложенный. В другом исследовании по вопросам профилактики незащищенных половых отношений была установлена экономия из расчета 5,10 долл. США по сравнению с теми средствами, которые пришлось бы затратить на решение возникших проблем.[44] А еще в одном исследовании отдача составила 5 долл. США на один затраченный в результате того, что к программе по борьбе с курением и употреблением наркотиков был добавлен компонент профилактики опасного сексуального поведения.[45]

ЦЕНА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ По предварительным данным, дополнительные ресурсы на нужды повышения качества базового образования и увеличения массовости необходимы в объеме до 30 млрд. долл. США в год.[46] Преимущества образовательных программ многообразны и значительны. Существуют детальные национальные исследования с выкладками предварительных сведений по программам, ставшим предметом их изучения. Одна программа стипендий в Колумбии дала около 3,31 долл. США на один доллар расходов.[47] Другая колумбийская программа базового образования и грамотности для взрослых имеет отдачу приблезительно 19,90 долл. США на один доллар расходов.

Это относительно высокие коэффициенты отдачи по сравнению с инвестициями в ряде других секторов развития (включая лесное хозяйство, орошение, животноводство и некоторые сельскохозяйственные программы).

Большую отдачу приносят инвестиции в образование и здравоохранение, включая услуги в области репродуктивного здоровья. Преимущества здесь состоят в следующем: снижение рождаемости, снижение заболеваемости венерическими болезнями, вступление и брак в более зрелом возрасте, умение более активно применять информацию по вопросам здоровья и питания, закрепленные навыки межчеловеческих оттношений (при соответствующей учебной программе) и большее гендерное равноправие и равенство. От таких многочисленных результатов напрямую выигрывают люди, семьи и страны. Разобрать эти компоненты на отдельные составляющие непросто, но ясно, что прямые и косвенные пути, пролегающие через репродуктивное здоровье, важны и для получателей образования и для их детей. Образование девочек дает еще большую отдачу.

Сегодня 1,2 миллиарда подростков достигают совершеннолетия. Их успехи и благополучие будут зависеть от нашей поддержки в таких, нпеpимер, областях, как образование, создание возможностей и предоставление ресурсов. Необходимо расширить их права и возможности, с тем чтобы они могли делать ответственый и правильный выбор и получать необходимую информацию и услуги. Инвестирование в обеспечение благопролучия и участия в жизни общества самого большого поколения молодых людей в мире даст колоссальные преимущества последующим поколениям

примечания и показатели

примечания 74

материалы для вставок 81

показатели

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели 82

Демографические, социальные и экономические показатели 86

Отдельные показатели для наименее населенных стран/территорий 90

Примечания к показателям 92

Техические примечания 93

Примечания

ГЛАВА 1

1 Это резюме сделано на основании работы: Cohen, B. 2003. "Youth in Cities: An Overview of Key Demographic Shifts." Power Point presentation at the meeting, Youth Explosion in Developing World Cities: Approaches to Reducing Poverty and Conflict in an Urban Age, Woodrow Wilson Center for International Scholars, Washington, D.C., 20 February 2003.

2 В Соединенных Штатах Америки рядом учреждений, в том числе Институтом Алана Гуттмахера, Центром профилактики и контроля за заболеваемостью и Международным центром семейного здоровья («Фэмили кэр интернэшнл») были проведены серьезные обзоры и количественные исследования молодежи в целом ряде стран. В настоящее время под эгидой Комитета по народонаселению Национального исследовательского совета при Национальной академии наук Соединенных Штатов Америки (Проект «Вступление в зрелость») осуществляется составление обзора имеющейся литературы.

3 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo, 5-13 September 1994*, paragraph 7.2. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.

4 United Nations. 2002. *World Youth Report 2003: Report of the Secretary-General* (E/CN.5/2003/4), para. 16. New York: Commission for Social Development, United Nations.

5 Filmer, D., and L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries. *Population and Development Review* 25(1): 85-120.

6 В этом разделе в качестве источника использованы предварительные результаты, основанные на подборках данных 6 Демографического и медицинского опроса (Боливия, Непал, Нигер, Нигерия, Раджастан (Индия) и Турция), сведенных в таблицы для издания: Rosen, J. (Forthcoming.) *Adolescent Health and Development: A Resource Guide for World Bank Staff and Government Counterparts.* Washington, D.C.: The World Bank.

7 Дифференциалы взяты из докладов серии: *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in [Country]*, prepared by D. R. Gwatkin, et al., for the HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank. See also: UNFPA. 2002. *The State of World Population 2002: People, Poverty and Possibilities: Making Development Work for the Poor*, Figure 7, p. 37. New York: UNFPA.

8 Источник этого раздела: Curtain, R. 2002. "Youth in Extreme Poverty: Dimensions and Country Responses." (Draft only.) Web site: http://www.un.org/esa/socdev/unyin/helsinki/ch03_poverty_curtain.pdf, accessed 6 January 2003.

9 Полностью вопрос демографического бонуса рассматривается в докладе: UNFPA 2002 and its referenced materials.

10 Различия в возрастной структуре и динамике населения от страны к стране могут быть такими же резкими, как и различие в проблемах, порождаемых развитием, и в возможностях их разрешения.

11 Дифференциалы индикаторов здоровья и рождаемости рассматриваются в: UNFPA 2002, ch. 4.

12 Анализ данных Демографического и медицинского опроса проведенный Советом по народонаселению. Адрес сайта: www.popcouncil.org/gfd/gfddhs.html, время посещения 1 апреля 2003 года. Примечание: по большинству стран Южной и Восточной Азии данные не собраны

13 USAID, UNICEF, and UNAIDS. 2002. *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Programme Strategies.* Washington, D.C.: The Synergy Project.

14 Ibid.

15 UNICEF. 2001a. *The State of the World's Children 2001: Early Childhood*. New York: UNICEF.

16 See: National Center for Missing and Exploited Children. Arlington, Virginia. Web site: www.operationlookout.org/lookoutmag/why_children_run_away.htm, accessed 8 June 2003; ChildLine. London. Web site: www.childline.org.uk/Whydochildrenandyoungpeoplerunaway, orbecomehomeless.asp, accessed 8 June 2003; and Centre for Addiction and Mental Health. Toronto, Canada. Web site: http://www.camh.net, accessed 19 December 2002.

17 Volpi, E. 2002. "Street Children: Promising Practices and Approaches." WBI Working Papers. Washington, D.C., The World Bank Institute, the World Bank.

18 International Youth Foundation. 2001. *Annual Report 2001: I Want to Belong*. Baltimore, Maryland: International Youth Foundation.

19 Larson, R., et al. 2002. "Changes in Adolescents' Interpersonal Experiences: Are They being Prepared for Adult Relationships in the Twenty-first Century?" *Journal of Research on Adolesence* 12(1): 31-68; and WHO and National Institute on Drug Abuse. 2000. *Street Children and Drug Abuse: Social and Health Consequences: Meeting Proceeds, September 17-19,2000: Marina Del Rey, California.* Geneva and Washington, D.C.: WHO and National Institute on Drug Abuse.

20 WHO and National Institute on Drug Abuse 2000. p. 16.

21 WHO. 2000. *Working with Street Children: Module 1: A Profile of Street Children* (WHO/MSD/MDP/00.14). Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO.

22 WHO and National Institute on Drug Abuse 2000. p. 14.

23 Walters, A. S. 1999. "HIV Prevention in Street Youth." *Journal of Adolescent Health* 25(3): 187-198.

24 Leiderman, S. M. 1996. "Learning to Recognize Environmental Refugees," p. 1. Statement prepared for: Symposium No. 316, "Environmental Refugees: Anticipation, Intervention, Restoration." Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science, Baltimore, Maryland, 13 February 1996. For an extended discussion of population, environment and development linkages, see: UNFPA. 2001. *The State of World Population 2001: Footprints and Milestones: Population and Environmental Change*. New York: UNFPA.

25 The Population Council. n.d. *Facts about Adolescents from the Demographic and Health Survey: Statistical Tables for Program Planning*. New York: Population Council. See web site: www.popcouncil.org/gfd/gfddhs.html, accessed 30 May 2003.

26 Amin, S., et al. 1998. "Transition to Adulthood of Female Garment-factory Workers in Bangladesh." *Studies in Family Planning* 29(2): 185-200.

27 Ajuwon, A. J., et al. 2002. "HIV Risk-related Behavior, Sexual Coercion, and Implications for Prevention Strategies among Female Apprentice Tailors, Ibadan, Nigeria." *AIDS and Behavior* 6(3): 229-235.

28 UNICEF. 2001b. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre. Web site: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf.

29 International Center for Research on Women. 2003. "Research for Policy Action: Adolescents and Migration in Thailand." Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Web site: http://www.icrw.org/projects/thaimigration/thaimigration.htm, accessed 24 April 2003.

30 Consejo Nacional de Poblacion. 2000. "Adolescent and young workers in temporary migration to the United States, 1998-2000." *Migracion Internacional* 4(11) :1-8.

31 UNICEF 2001a.

32 UNICEF. 2000a. "Children in War: Special Focus." London: UNICEF. Web site: www.unicef.org.uk/news/soldiers.htm, accessed 8 July 2003.

33 UNHCR. 1999. "Global Appeal: Programme Overview." Web site: www.unhcr.ch/fdrs/ga99/children.htm.

34 Women's Commission for Refugee Women and Children. 2002. *Fending for Themselves: Afghan Refugee Children and Adolescents Working in Urban Pakistan.* New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.

35 Source for this paragraph: UNICEF 2000a.

36 Mensch, B., J. Bruce, and M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council; Adams, A. M., S. Madhavan, and D. Simon. 2002. "Women's Social Networks and Child Survival in Mali." *Social Science and Medicine* 54(2): 165-78; and Kohler H.P., J. R. Behrman, and S. C. Watkins. 2001. "The Density of Social Networks and Fertility Decisions: Evidence from South Nyanza District, Kenya." *Demography* 38(1): 43-58.

37 United Nations. 2003. *Concise Report on World Population Monitoring: 2003: Population, Education and Development: Report of The Secretary-General* (E/CN.9/2003/2), pg. 13. New York: United Nations.

38 UNESCO. 2002. *Regional and Adult Illiteracy Rate and Population by Gender*. Paris: Literacy and Non-Formal Education Sector, Institute for Statistics, UNESCO.

39 UNESCO. 2 September 2002. "Statistics Show Slow Progress Toward Universal Literacy." Press release. Paris: UNESCO.

40 UNDP. 2002. *Human Development Report 2002: Deepening Democracy in a Fragmented World*, p. 10. New York: Oxford University Press.

41 UNICEF. 2000b. *Educating Girls, Transforming the Future*. New York: UNICEF. Web site: www.unicef.org/pubsgen/girlsed/girlsed.pdf, accessed 8 July 2003.

42 Partners on Sustainable Strategies for Girls' Education. n.d. "Research Data: Gender Disparity Countries." Web site: www.girlseducation.org/PGE_Active_Pages/Data/TargetCountries/main.asp, accessed 20 January 2003.

43 Caldwell, J. C., P. H. Reddy, and P. Caldwell. 1983. "The Causes of Marriage Change in South India." *Population Studies* 37(3): 343-361; Khattab, H. 1996. *Women's Perceptions of Sexuality in Rural Giza*. Monograph in Reproductive Health. No. 1. Cairo: Reproductive Health Working Group, the Population Council; and Levine, S. E. 1993. *Dolor y Alegría: Women and Social Change in Urban Mexico*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.

44 Mensch, B. S., and C. B. Lloyd. 1997. "Gender Differences in the Schooling Experiences of Adolescents in Low-Income Countries: The Case of Kenya." Policy Research Division Working Paper. No. 95. New York: The Population Council.

45 Mensch, Bruce, and Greene 1998.

46 Caldwell, Reddy, and Caldwell 1983; Khattab 1996; and Levine 1993.

47 Data in this section are from: United Nations 2003.

48 International Programme on the Elimination of Child Labour and Statistical Information and Monitoring Programme on Child Labour. 2002. *Every Child Counts: New Global Estimates on Child Labour*. Geneva: International Labour Office, ILO.

49 UNICEF. n.d. "Child Labour: UNICEF: Building a Protective Environment for Children." New York: UNICEF. Web site: www.unicef.org/media/childlabour/factsheet.htm, accessed 7 June 2003; and UNICEF. 2000c. *The Progress of Nations 2000*. New York: UNICEF. Web site: www.unicef.org/pon00/pon2000.pdf, accessed 5 January 2003.

50 International Programme on the Elimination of Child Labour and Statistical Information and Monitoring Programme on Child Labour 2002.

51 Ibid.

52 Ibid.

53 UNFPA. n.d. "Fast Facts on Adolescents and Youth." New York: UNFPA. Web site:

www.unfpa.org/adolescents/facts.htm, accessed 23 January 2003.

54 ILO. Statistical Database. Data for 2000. Geneva: ILO. Web site: http://laborsta.ilo.org/cgi-bin/brokerv8.exe, accessed 19 April 2003.

55 Ibid.

56 UNICEF n.d., and UNICEF 2000.

57 Emerson, P. M., and A. P. Souza. 2002. "The Effect of Adolescent Labor on Adult Earnings and Female Fertility in Brazil." Draft background paper submitted to the National Research Council's Transitions to Adulthood project.

58 Эта связь определяется комплексом факторов и не обязательно носит причинно-следственный характер. Предпочтение, отдаваемое работе и детям, может быть детерминировано одними и теми же факторами. Однако те, кто рано начинает работать и оставляет школу, могут не увидеть материалы по репродуктивному здоровью, которые чаще всего оставляют для учащихся старших классов.

59 Cohen 2003.

ГЛАВА 2

1 Miller, B. D. 1997. "Social Class, Gender and Intrahousehold Food Allocations to Children in South Asia." *Social Science And Medicine* 44(11): 1685-1695; and Das Gupta, M. 1987. "Selective Discrimination Against Female Children in Rural Punjab, India." *Population and Development Review* 13(1): 77-100.

2 Leslie, J., E. Ciemins, and S. B. Essama. 1997. "Female Nutritional Status across the Life-span in sub-Saharan Africa 1: Prevalence Patterns." *Food and Nutrition Bulletin* 18(1): 20-43. Anthropometric survey measures do not show significant differences at young ages in most settings, but disadvantage need not be severe to teach and reinforce unequal gender norms.

3 Leach, F. 1998. "Gender, Education and Training: An International Perspective." *Gender and Development* 6(2): 9-18.

4 Agarwal, B. 1994. "Gender and Command over Property: A Critical Gap in Economic Analysis and Policy in South Asia." *World Development* 22(10): 1455-1478.

5 Heise, L. L., J. Pitanguy, and A. Germain. 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden.* World Bank Discussion Papers. No. 255. Washington, D.C.: The World Bank.

6 UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses.* Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre. Web site: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf.

7 UNICEF, UNAIDS, and WHO. 2002. *Young People and HIV/AIDS: Opportunities in Crisis.* New York: UNICEF.

8 В основе настоящего раздела лежит работа: Mensch, B. S., S. Singh, and J. Casterline. (Forthcoming.) "Trends in the Timing of First Marriage among Men and Women in the Developing World." Этот доклад был представлен на ежегодном заседании Демографической ассоциации Америки, Миннеаполисе, Миннесота, 1–3 мая 2003 года. Он будет включен в публикацию Национальной академии наук о проекте, посвященном переходному возрасту.

9 В период с 1970 по 1980 год в Южной Америке и азиатских республиках бывшего Советского Союза на женщин-подростков приходилась пятая часть всех браков. Этот показатель сократился незначительно.

10 See: United Nations. 2003. *Concise Report on World Population Monitoring: 2003: Population, Education and Development: Report of the Secretary-General* (E/CN.9/2003/2). New York: United Nations.

11 Несомненно, осуществление законов имеет более важное значение, чем их принятие. С 1990 года более 20 стран повысили разрешенный законом возраст вступления в брак, однако на практике эти законы не выполняются. Относительная значимость официальной и традиционной правовых систем далеко не одинакова.

12 При проведении этих анализов под браком подразумевались различные формы общественно признанных союзов: сожительство, союз на основе консенсуса, «свободные союзы» и брак, узаконенный традициями, религиозными обрядами или гражданским правом. Необходимо разработать комплексное определение для межстрановых сопоставлений, поскольку частота различных форм заключения союзов в разных культурах далеко не одинакова. В этот комплекс данных включены лишь разнополые союзы.

13 В настоящем разделе используются национальные данные и усредненные национальные величины для регионов на основе: United Nations. 2000. *World Marriage Patterns 2000.* New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. Spreadsheet available at link at: www.un.org/esa/population/publications/worldmarriage/worldmarriage.htm. Эти данные включают в себя последние обзоры, проведенные в 152 странах. Анализы, проведенные Национальной академией наук, (see: Mensch, Singh, and Casterline [Forthcoming.]) Вводят ограничения, позволяющие им использовать лишь 117 стран, а их данные основаны на информации, полученной в ходе комплексных обзоров, проведенных в 74 странах.

14 Средние показатели для Восточной Европы выше. В некоторых странах СНГ почти 4 процента подростков-мужчин женаты.

15 В Афганистане, Бангладеш, Демократической Республике Конго, Конго, Мали, Нигере и Уганде половина или более женщин в возрасте от 15 до 19 лет замужем.

16 Средний показатель для Центрально-азиатских республик и Казахстана составляет 40 процентов, страны Южной и Центральной Азии приближаются к этому уровню, показатель для некоторых субрегионов в среднем составляет одну треть от него (центральная часть Африки, Восточная Европа, Центральная Америка и Микронезия). Самые низкие показатели раннего вступления в брак ниже (15 процентов) зарегистрированы в Северной Африке, Восточной Азии, Северной и Западной Европе, Карибском бассейне, Западной и Северной Европе и Австралии и Новой Зеландии.

17 К числу этих регионов относятся Восточная, Центральная и Западная Африка, Центрально-азиатские республики и Казахстан и южная часть Центральной Азии. Страны, в которых этот уровень превышает 80 процентов, включают в себя: в южной части Центральной Азии – Непал, Индия, Афганистан, Бангладеш и Мальдивские Острова; в Западной Африке – Бенин, Гана, Буркина-Фасо, Гвинея, Мали и Нигер; Центральная Африка – Ангола, Чад, Центральноафриканская Республика, Демократическая Республика Конго; Восточная Африка – Малави, Мозамбик и Уганда.

18 UNICEF 2001.

19 Greene, M. E. 1997. "Watering the Neighbour's Garden: Investing in Adolescent Girls in India." Regional Working Papers. No. 7. New Delhi: The Population Council.

20 Arends-Kuenning, M., and S. Amin. 2000. "The Effects of Schooling Incentive Programs on Household Resource Allocation in Bangladesh." Policy Research Division Working Paper. No. 133. New York: The Population Council.

21 Unisa, S. 1995. "Demographic Profile of the Girl Child in India." *Social Change: Issues and Perspectives* 25(2-3): 30-37; and Hussain, R., and A. H. Bittles. 1999. "Consanguineous Marriage and Differentials in Age at Marriage, Contraceptive Use and Fertility in Pakistan." *Journal of Biosocial Science* 31(1): 121-138.

22 Sources: Singh, S., and R. Samara. 1996. "Early Marriage Among Women in Developing Countries." *International Family Planning Perspectives* 22(4): 148-157, 175; Mensch, B., J. Bruce, and M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World.* New York: The Population Council; Hersh, L. 1998. "Issues at a Glance: Giving up Harmful Practices." Washington, D.C., Advocates for Youth. Web site: www.advocatesforyouth.org/publications/iag/harmprac.htm, accessed 8 June 2003.

23 Clark, S. 2003. "Early Marriage and HIV Risks in Sub-Saharan Africa." Unpublished manuscript.

24 Sources: Singh and Samara 1996; Mensch, Bruce, and Greene 1998; and Hersh 1998.

25 Ellsberg, M. 2002. "Reproductive Health Consequences of Gender-based Violence." Paper presented at "Technical Update on Gender-based Violence (GBV) and Reproductive Health/HIV (RH/HIV)," Interagency Gender Working Group/United States Agency for International Development, Washington, D.C., 1 May 2002, See: www.prb.org/Content/NavigationMenu/Measure_Communication/Gender3/Gender-Based_Violence_and_Reproductive_Health_and_HIV_AIDS_3-c.htm, accessed 7 June 2003; and WHO. 2001. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence.* Geneva: WHO. See: www.who.int/mipfiles/2255/FinalVAWprogressreportforwebpagewithoutcover.pdf, accessed 21 April 2003.

26 Nepal Health Education, Information, and Communication Center and UNFPA. 1995. "Arrange the Marriage of Your Daughter After 20 Years of Age" (Item No. PO NEP 64). Poster. Kathmandu: Nepal Health Education, Information, and Communication Center, Nepal Ministry of Health. Web site: www.jhuccp.org, accessed 19 April 2003.

27 Zhu, H. 1996. "Arranged Marriages Annulled by Law." *China Population Today* 13(3): 15.

28 Chandrasekhar, R. 1996. "Childhood in Rajgarh: Too Young for Wedlock, Too Old for the Cradle." *Economic and Political Weekly* 31(40): 2721-2722.

29 The relevant projects are described on the web sites: www.myrada.org/belgaum.htm, www.myrada.org/madakasira.htm, www.myrada.org/hdkote.htm, accessed 8 June 2003.

30 Amin, S., et al. 1997. "Transition to Adulthood of Female Factory Workers: Some Evidence from Bangladesh." Policy Research Division Working Papers. No. 102. New York: The Population Council.

31 The World Bank. 2003. "Public and Private Initiatives: Working Together in Health and Education." Washington, D.C.: The World Bank. Web site: www.worldbank.org/html/extdr/hnp/health/ppi/pubpri2b.htm, accessed 21 April 2003.

32 See: Amin, S., and G. Sedgh. 1998. "Incentive schemes for school attendance in rural Bangladesh." Policy Research Division Working Paper. No. 106. New York: The Population Council; and Arends-Kuenning, M., and S. Amin. 2000. "The Effects of Schooling Incentive Programmes on Household Resource Allocation in Bangladesh." Policy Research Division Working Paper. No. 133. New York: The Population Council.

33 The World Bank 2003.

34 Greene 1997.

35 United Nations. 2002. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects* (ESA/P/WP.717). New York: Commission on Population and Development, United Nations.

36 Возраст, когда у девушки происходит первая менструация, уменьшается по мере того, как улучшается состояние питания населения, испытывающего нехватку продовольствия. Стабилизация происходит в раннем подростковом возрасте. См. например: Khan, A. D., et al. 1995. "Age at Menarche and Nutritional Supplementation." *The Journal of Nutrition* 125: 1090S-1096S; and Whincup, P. H., et al. 2001. "Age of Menarche in Contemporary British Teenagers: Survey of Girls Born between 1982 and 1986." *British Medical Journal* (322): 1095-1096.

37 Brown, A., et al. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies* (WHO/RHR/01.8). Occasional Paper. Geneva: Family and Community Health, Department of Reproductive Health and Research, WHO; and Jejeebhoy, S., and S. Bott. 2003. "Non-Consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries." Paper presented at the 2003 Annual Meeting of the Population Association of America, Minneapolis, Minnesota, 1-3 May 2003.

38 Brown, et al. 2001.

39 Meier, A. 2003. "The Effects of Sexual Activity on Adolescent Well-being."

Paper presented at the 2003 Annual Meeting of the Population Association of America, Minneapolis, Minnesota, 1-3 May 2003.

40 В основе этой дискуссии лежит работа UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: Brown, et al. 2001.

41 Hoff, T., L. Greene, and J. Davis. 2003. *National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitude and Experiences.* Menlo Park, California.: Henry J. Kaiser Family Foundation.

42 Brown, et al. 2001.

43 See: Demographic and Health Surveys conducted between 1998 and 2001. Calverton, Maryland: ORC Macro. Web site: www.measureDHS.com.

44 Ibid.

45 Population Reference Bureau. 2000. *The World's Youth 2000: Data Sheet.* Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

46 Mendez Ribas, J. M., S. Necchi, and M. Schufer. 1995. "Risk Awareness and Sexual Protection: Perceptions and Behaviour among a Sexually Active Population, Argentina." Buenos Aires, Argentina: Hospital Clinic, University of Buenos Aires. Unpublished progress report cited in: Brown, A., et al. 2001.

47 Frase-Blunt, M. 6 October 2002. "The Sugar Daddies' Kiss of Death." *The Washington Post*.

48 Brown, et al. 2001.

49 В некоторых культурах, например, в некоторых странах Африки, половая связь и деторождение являются частью продолжительного процесса, который завершается браком. Даже в развитых странах зарегистрированы высокие показатели первых родов в первые шесть месяцев брака. См.: Bledsoe, C.H., and B. Cohen. 1993. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa.* Washington D.C.: National Academies Press.

50 В этом случае в период до беременности медицинских услуг не оказывалось. Это не свидетельствует об уязвимости. См.: Brown, et al. 2001.

51 Самая большая доля абортов приходится на замужних женщин старших возрастов. Доля молодых девушек, ведущих половую жизнь, может быть небольшой; см.: Brown, et al. 2001. Also see: Mundigo, A., and C. Indriso (eds.) 1999. *Abortion in the Developing World*. London: Zed Books.

52 Лишь Казахстан и Филиппины сообщили о высоком показателе зачатий. См.: Brown, et al. 2001.

53 Ali, M. M., N. Gupta, and I. da Costa Leite. 2003. "Conception and Contraception among Young Single Women: An International Comparison." Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Minneapolis, Minnesota, 1-3 May 2003.

54 Ibid. Results are reported for 15-24 year old women. Later analyses may provide information on under 20 year olds.

55 Ibid. Лишь Армения, Казахстан и Филиппины имели достаточно подробную информацию.

56 Ibid. К их числу относятся Боливия, Бразилия, Гватемала, Доминиканская Республика, Колумбия, Никарагуа, Парагвай и Перу. Союзы этого типа не характерны для этого региона.

57 Finger, W. 2000. "Sex Education Helps Prepare Young Adults." *Network* 20(3): 10-15.

58 Различные страновые исследования приводятся в: Best, K. 2000. "Many Youth Face Grim STD Risks." *Network* 20(3): 4-9; Hope Enterprises, Ltd. 2002a. *Report of Adolescent Condom Survey: Jamaica: 2001*. Prepared for the Commercial Market Strategies Project. Kingston, Jamaica: Hope Enterprises, Ltd; and Waszak, C., and M. Wedderburn. 2001. "Baseline Community Youth Survey." Unpublished final report for the UNFPA VIP/Youth Project. Research Triangle Park, North Carolina, and Kingston, Jamaica: Family Health International and Hope Enterprises, Ltd. See also: Jejeebhoy and Bott 2003.

59 Wood, K., and R. Jewkes. 1997. "Violence, Rape, and Sexual Coercion: Everyday Love in a South African Township," p. 41. *Gender and Development* 5(2): 41-46.

60 Dreyer, A., J. Kim, and N. Schaay. 2002. "Violence against Women: What Do We Want to Teach Our Teachers?" ID21 Research Highlight. Brighton, United Kingdom: ID21 Research Development. Web site: www.id21.org/Education/EgveDreyer.html.

61 United States Department of State. 2002. *Victims of Trafficking and Violence Protection Act 2002: Trafficking in Persons Report*. Washington, D.C.: Office to Monitor and Combat Trafficking in Persons, United States Department of State; and Arlacchi, Pino. 2000. "Against All the Godfathers: The Revolt of the Decent People." *The World Against Crime*, Special Issue of the *Giornale di Sicilia*: 7

62 Coalition to Abolish Slavery and Trafficking. 2002. "Fact Sheet on Trafficking." Los Angeles, California: Coalition to Abolish Slavery and Trafficking. Web site: www.trafficked-women.org/factsheet.htm, accessed 13 December 2002; and Richard, A. O. 2000. *International Trafficking in Women to the United States: A Contemporary Manifestation of Slavery and Organized Crime*. An Intelligence Monograph. Director of Central Intelligence, Exceptional Intelligence Analyst Program. Washington, D.C.: Center for the Study of Intelligence, Central Intelligence Agency.

63 UNICEF. 1997. *The Progress of Nations 1997*. New York: UNICEF.

64 UNICEF, UNAIDS, and WHO 2002.

65 Ibid.

66 Huntington, Dale. 2001. *Anti-Trafficking Programs in South Asia: Appropriate Activities, Indicators and Evaluation Methodologies: Summary Report of a Technical Consultative Meeting: 11-13 September 2001, Kathmandu, Nepal*. New Delhi: The Population Council.

67 Lowe, D. 2002. "Perceptions of the Cambodian 100 Per Cent Condom Use Program." Pp. 9-14 in: "Documenting the Experiences of Sex Workers." Draft report for the POLICY Project. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group.

68 UNICEF, UNAIDS, and WHO 2002.

69 UNAIDS. 1999. *Reducing Girls' Vulnerability to HIV/AIDS: The Thai Approach* (UNAIDS/99.34E). UNAIDS Case Study. Best Practices Collection. Geneva: UNAIDS. Web site: www.unaids.org/publications/documents/children/young/reducingcse.pdf, accessed 21 December 2001; and Royal Thai Embassy. 1997. "Children Prostitution." Washington, D. C.: Royal Thai Embassy. Web site: www.thaiembdc.org/socials/childprs.htm, accessed 21 December 2001.

70 Balk, D. 2000. "To Marry and Bear Children: The Demographic Consequences of Infibulation in Sudan." Pp. 55-71 in: *Female 'Circumcision' in Africa: Culture, Controversy, and Change*, edited by B. Shell-Duncan and Y. Hernlund. 2000. Boulder, Colorado: Lynne Rienner Publishers.

71 Wassef, N. 2001. "Male Involvement in Perpetuating and Challenging the Practice of Female Genital Mutilation in Egypt." Pp. 44-51 in: *Men's Involvement in Gender and Development Policy and Practice: Beyond Rhetoric*, edited by C. Sweetman. Oxford: Oxfam.

72 UNFPA. 2000. *The State of World Population 2000: Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change*. New York: UNFPA; and UNFPA web site, "Frequently Asked Questions on Female Genital Cutting": www.unfpa.org/gender/faq_fgc.htm.

73 El-Zanaty, F., et al. 1996. *Egypt Demographic and Health Survey 1995*. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.; and Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. 1998. *Plan National d'Eradication de l'Excision a l'Horizon 2007*. Bamako, Mali: Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille.

74 Carr, D. 1997. *Female Genital Cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys Program.* Calverton, Maryland: Macro International, Inc.

75 Family Care International. 1999. *Meeting the Cairo Challenge: A Summary Report: Implementing the ICPD Programme of Action.* New York: Family Care International.

76 UNIFEM. n.d. "Circumcision With Words: Fighting FGM in Kenya." Web site: www.unifem.undp.org/newsroom/documents/kenyapro.pdf, accessed 10 January 2003.

77 Boland, R. 2003. Population and Law database (Harvard University). Special compendium provided on request.

78 Tostan. 2003. "Vaccination Project Leads To Large Abandonment Of Female Genital Cutting And Early Marriage In Senegal." Web site: www.tostan.org/news-May25_03.htm, accessed 6 July 2003.

79 McLucas, S. 2001. "Stop Excision.Net: Report from Mali." See web site: www.geocities.com/StopExcision/report.html, accessed 10 January 2003.

ГЛАВА 3

1 UNICEF, UNAIDS, and WHO. 2002. *Young People and HIV/AIDS: Opportunities in Crisis*. New York: UNICEF.

2 **Note:** Figures are rounded. Source: UNICEF, UNAIDS, and WHO 2002. Cited in: Lopez, V. M. 2002. "HIV and Young People. A Review of the State of the Epidemic and Its Impact on World Youth." Report prepared as input for: UNICEF. 2003. *World Youth Report 2003*. New York: UNICEF.

3 USAID, UNICEF, and UNAIDS. 2002. *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Programme Strategies*. Washington, D.C.: The Synergy Project.

4 Ainsworth, M., and M. Over. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. World Bank Policy Research Report. Oxford: Oxford University Press.

5 UNAIDS and WHO. 2001. *AIDS Epidemic Update: December 2001* (UNAIDS/01.74E – WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2). Geneva: UNAIDS/WHO.

6 Royce, R., et al. 1997. "Sexual Transmission of HIV/AIDS." *The New England Journal of Medicine* 336(15): 1072-1078. Cited in: "Youth and HIV/AIDS: Can We Avoid Catastrophe," by K. Kiragu. 2001. *Population Reports*. Series L. No. 12. Baltimore, Maryland: Population Information Program, the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health.

7 Best, K. 2000. " Many Youths Face Grim STD Risks." *Network* 20(3): 4-9.

8 Luke, N. 2001. "Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence on Prevalence and Implications for Negotiation of Safe Sex Practices for Adolescent Girls." Paper prepared for the International Center for Research on Women for the AIDSMark Project. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.

9 Fuglesang, M. 1997. "Lessons for Life: Past and Present Modes of Sexuality Education in Tanzanian Society." *Social Science and Medicine* 44(8): 1245-1254. Cited in: Luke 2001.

10 UNICEF, UNAIDS, and WHO 2002.

11 Ibid. Data are from the UNICEF Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and the Demographic and Health Surveys, 1999-2001.

12 Brown, A., et al. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies* (WHO/RHR/01.8). Occasional Paper. Geneva: Family and Community Health, Department of Reproductive Health and Research, WHO.

13 Kiragu 2001.

14 WHO. 1998. *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development* (WHO/FRH/ADH/98.18), p. 6. Geneva: Adolescent Health and Development Programme, WHO.

15 MacPhail, C., B. G. Williams, and C. Campbell. 2002. "Relative Risk of HIV Infection among Young Men and Women in a South African Township." *International Journal of STD and AIDS* 13(5): 331-342.

16 UNAIDS and WHO. 1997. *Sexually Transmitted Diseases: Policies and Principles for Prevention and Care.* UNAIDS Best Practices Collection: Key Material. Geneva: UNAIDS. Cited in: *The Tip of the Iceberg: The Global Impact of HIV/AIDS on Youth*, by T. Summers, J. Kates, and G. Murphy. 2002. Menlo Park, California: The Kaiser Family Foundation.

17 Brown, et al. 2001.

18 Skhom, H., et al. 2002. "Survey on Health Seeking Behaviour of Women Working in the Entertainment Sector in Phnom Penh." Phnom Penh, Cambodia: Center for Advanced Study, Pharmaciens sans Frontieres and Family Health International.

19 Brown, et al. 2001.

20 UNICEF, UNAIDS, and WHO 2002.

21 UNAIDS. 2000. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: June 2000* (UNAIDS/00/13E). Geneva: UNAIDS. Cited in: Kiragu 2001.

22 Babalola, S., D. Awasum, and B. Quenum-Renaud. 2002. "The Correlates of Safe Sex Practices among Rwandan Youth: A Positive Deviance Approach." *African Journal of AIDS Research* 1(1): 11-21.

23 Jackson, J., et al. 1998. *The Jamaica Adolescent Study*. Kingston, Jamaica, and Research Triangle Park, North Carolina: Fertility Management Unit, University of the West Indies, and Family Health International.

24 Reichman, L., and J. Tanne. 2002. *Timebomb: The Global Epidemic of Multi-Drug Resistant Tuberculosis*. New York: McGraw-Hill. Cited in: *What Works: A Policy and Program Guide to Effective STI/HIV/AIDS Interventions*, by J. Gay, et al. (Forthcoming.) Washington, D.C.: The POLICY Project.

25 Thompson, D. 2002. *Coordinates 2002: Charting Progress against AIDS, TB and Malaria.* Geneva: WHO.

26 Ibid.

27 UNICEF, UNAIDS, and WHO 2002.

28 USAID, UNICEF, and UNAIDS 2002, p., 9.

29 Ibid.

30 The World Bank. 2002. *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*. Washington, D.C.: The World Bank. Cited in: *The Tip of the Iceberg: The Global Impact of HIV/AIDS on Youth*, by T. Summers, J. Kates, and G. Murphy. 2002. Menlo Park, California: The Kaiser Family Foundation.

31 USAID, UNICEF, and UNAIDS 2002.

32 Ramlow, R. 2001. "Social Marketing for HIV/AIDS Prevention in Indonesia." Presentation at the Dialogue on Social Marketing and Other Commercial Approaches to Improving Adolescent Reproductive Health, Washington, D.C., 15 February 2001. Washington, D.C.: Pathfinder International/FOCUS on Young Adults.

33 Population Services International and Population Reference Bureau. 2000. *Social Marketing for Adolescent Sexual Health: Results of Operations Research Projects in Botswana, Cameroon, Guinea, and South Africa*. Washington, D.C.: Population Services International and Population Reference Bureau; Agha, S. 2000. "An Evaluation of Adolescent Sexual Health Programs in Cameroon, Botswana, South Africa, and Guinea." Population Services International Research Division Working Paper. No. 29. Washington, D.C.: Population Services International; and Van Rossen, R., and D. Meekers. 1999. "The Evaluation of the Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent Reproductive Health in Guinea." Population Services International Research Division Working Paper. No. 23. Washington, D.C.: Population Services International.

34 Meekers, D., and M. Klein. 2003. "Determinants of Condom Use Among Young People in Urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 33(4): 335-346.

35 Nyamongo, I. 1995. "Investigation into Condom Acceptability, Sexual Behaviour and Attitudes about HIV Infection and AIDS Among Adolescent Students in Kenya." Unpublished report. Nairobi, Kenya: Institute of African Studies, University of Nairobi. Cited in: Brown, et al. 2001.

36 Kgosidintsi, N. 1997. "Sexual Behaviour and Risk of HIV Infection Among Adolescent Females in Botswana." Unpublished report. Gabarone, Botswana: National Institute of Development, Research and Documentation. Cited in: Brown, et al. 2001.

37 Heald, S. 2002. "It's Never As Easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana." *African Journal of AIDS Research* 1(1): 1-10.

38 Sarafian, I. 2001. "Final Report on Findings: HIV/AIDS and Youth in Suriname." Paramaribo, Suriname: PAHO/WHO.

39 Best 2000.

40 FOCUS on Young Adults. 2001. *Advancing Young Adult Reproductive Health: Actions for the Next Decade.* End of Programme Report: 2001. Washington, D.C.: Pathfinder International and the Futures Group.

41 Horizons Program, Kenya Project Partners, and Uganda Project Partners. 2001. *HIV Voluntary Counseling and Testing Among Youth: Results from an Exploratory Study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda.* Washington, D.C.: Horizons Program, the Population Council.

42 Thompson 2002.

ГЛАВА 4

1 Организация Объединенных Наций. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo, 5-13 September 1994*, пункт 7.41. Нью-Йорк: Департамент по экономической и социальной информации и анализу политики, Организация Объединенных Наций.

2 Rebourças, L. 2002. "Brazil Confronts Adolescent Sexual Health Issues." Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Web site: www.prb.org//Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/Articles/02/Brazil_Confronts_Adolescent_Sexual_Health_Issues.htm, accessed 13 November 2002.

3 Brown, A., et al. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies* (WHO/RHR/01.8). Occasional Paper. Geneva: Family and Community Health, Department of Reproductive Health and Research, WHO, pg. 35. This section also draws extensively on: McCauley, A. P., and C. Salter. 1995. *Meeting the Needs Of Young Adults. Population Reports.* Series J, No. 41. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.

4 Examples from: Brown, et al. 2001, pp. 29-30.

5 Ibid., p. 30.

6 Ibid., p. 34.

7 Federal Centre for Health Education. 1998. *Youth Sexuality 1998: Results of the Current Representative Survey*. Cologne: The Centre.

8 See: Grunseit, A., and S. Kippax, 1993. *Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behavior*. Geneva: WHO; Kirby, D. 2001. *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Web site: www.teenpregnancy.org, accessed 7 July 2003; and Health Development Agency. 2001. *Teenage Pregnancy: An Update on Key Characteristics of Effective Interventions.* London: National Health Service. Web site: www.hda-online.org.uk/documents/teenpreg.pdf, accessed 7 July 2003.

9 Brown, et al. 2001, p. 35.

10 Kirby 2001. Cited in: "Sexuality and Family Life Education Helps Prepare Young People," No. 2 in a Series, by K. Katz and W. Finger. 2002. *YouthLens on Reproductive Health and HIV/AIDS.* Arlington, Virginia: YouthNet.

11 "AIDS Education Fails to Change Behavior." 2 November 2002. *East African Standard* (Nairobi).

12 Perez, F., and F. Dabis. 2003. "HIV Prevention in Latin America: Reaching Youth in Colombia," p. 85. *AIDS Care* 15(1): 77-87.

13 O'Donoghue, J. 2002. "Zimbabwe's AIDS Action Programme for Schools." *Evaluation and Programme Planning* 25(4): 387-396.

14 Stewart, H., et al. 2001. *Reducing HIV Infection Among Youth: What Can Schools Do: Key Baseline Findings from Mexico, South Africa, and Thailand*. Washington, D.C.: Horizons Program, the Population Council.

15 Perez and Dabis 2003.

16 Population Reference Bureau. 2000. *The World's Youth 2000.* Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Cited in: "Youth and HIV/AIDS: Can We Avoid Catastrophe," by K. Kiragu. 2001. *Population Reports.* Series L. No. 12. Baltimore, Maryland: Population Information Program, the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health.

17 Kirby 2001.

18 Анализируя информацию, полученную в Ботсване, один из исследователей пришел к выводу о том, что «выбор людей, особенно в такой области, как сексуальные отношения, является ограниченным. Люди не могут действовать автономно в социальном вакууме. Хотя стало ясно, что некоторые из них имеют свободу выбора, в отношении многих необходимо принять соответствующие меры». Heald, S. 2002. "It's Never As Easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana," p.3. *African Journal of AIDS Research* 1(1): 1-10.

19 Source: Shelton, J. 29 July 2002. "Jim Shelton's Pearls: ABC Approach to Behaviour Change." Web site: www.jhuccp.org/pearls/2002/07-29.shtml.

20 Stanton, B. F., et al. 1998. "Increased Protected Sex and Abstinence Among Namibian Youth Following a HIV Risk-reduction Intervention: A Randomized, Longitudinal Study." *AIDS* 12(18): 2473-2480.

21 Barcelona, D., and L. Laski. 2002. "Introduction: What Are We Learning about Sexuality Education?" *Quality/Calidad/Qualité: Universal Sexuality Education in Mongolia: Educating Today to Protect Tomorrow.* No. 12: 1-5. New York: The Population Council.

22 Gerdts, C. 2002. "Universal Sexuality Education in Mongolia: Educating Today to Protect Tomorrow." *Universal Sexuality Education in Mongolia: Educating Today to Protect Tomorrow. Quality/Calidad/Qualité*. No. 12: 5-31. New York: The Population Council.

23 Smith, J., and C. Colvin. 2000. *Getting to Scale in Young Adult Reproductive Health Programs.* FOCUS Tool Series. No. 3. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International; and UNFPA. n.d. "UNFPA in Action: Case Study: Critical Information: Getting the Message Out: Bangladesh, Colombia, Jamaica, Occupied Palestinian Territories, Philippines, Vanuatu, Vietnam." New York: UNFPA. Web Site: www.unfpa.org/adolescents/casestudies/case001.htm, accessed 5 January 2003.

24 Perez and Dabis 2003.

25 FOCUS on Young Adults. n.d. "Evaluation of Life Skills in Public Schools in KwaZulu Natal, South Africa: Baseline Survey Report." Unpublished summary report. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

26 Pick de Weiss, S., et al. 1998. "Family Life Education Increases Contraceptive Knowledge and Use by Mexican Youth." *Operations Research Summaries*. New York: The Population Council.

27 UNFPA n.d.

28 International Planned Parenthood Federation. 2001a. "Working in Schools: Sex Education in Brazil." *IPPF/WHR Spotlight on Youth*. No. 3. New York: International Planned Parenthood Federation.

29 Boland, R. 2003. Population and Law database (Harvard University). Special compendium provided on request, p. 10.

30 Ibid., p. 2.

31 Ibid., p. 1.

32 Ibid.

33 Pick, S., M. Givaudan, and J. Brown. 2000. "Quietly Working for School-Based Sexuality Education in Mexico: Strategies for Advocacy." *Reproductive Health Matters* 8(16): 92-102.

34 Family Care International. 1999. *Get the Facts: A Flipchart for Adolescents*. New York: Family Care International.

35 Bond, K., and L. MacLaren. 1998. "Report on Consultancy to NIPHP Partners: Bangladesh: November 29-December 14, 1998." Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

36 Barkat, A., et al. 1999. "An Assessment of RSDP/BRAC Adolescent Family Life Education Program." Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

37 Meeting with Centre for Development and Population Activities (CEDPA) staff, 26 April 2000; and unpublished CEDPA memos and reports.

38 Senderowitz, J. 2000. "A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health." Poptech Assignment. No. 2000.176. Arlington, Virginia: Population Technical Assistance Project.

39 "West African Youth Initiative Project: Summary of Key Findings." n.d. Ibadan, Nigeria, and Washington, D.C.: Association for Reproductive and Family Health, African Regional Health Education Centre, and Advocates for Youth.

40 Speizer, I., B. Oleko Tambashe, and S. P. Tegang. 2001. "An Evaluation of the 'Entre Nous Jeunes' Peer-educator Program for Adolescents in Cameroon." *Studies in Family Planning* 32(4): 339-351.

41 International Planned Parenthood Federation. 2001b. "Working in Communities: Youth Peer Education in the Dominican Republic." *IPPF/WHR Spotlight on Youth*. No. 2. New York: International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region.

42 "Zambia Youth Reproductive Health." 2001. *OR Summary*. No. 17. New York: Frontiers in Reproductive Health, the Population Council.

43 United Nations Integrated Regional Information Networks (IRIN). 20 May 2002. "Training for HIV/Aids Youth Counsellors Launched." Web site: www.aegis.com/news/irin/2002/IR020510.html, accessed 5 December 2002.

44 Campbell, C., and C. MacPhail. 2002. "Peer Education, Gender and the Development of Critical Consciousness: Participatory HIV Prevention by South African Youth." *Social Science and Medicine* 55(2): 331-345.

45 Australian Red Cross and Lao Red Cross. 2003. "Youth Peer Education: A Gendered Perspective." Web site: http://archives.healthdev.net/gender-aids/msg00512.html, 23 April posting.

46 Abang, M. 1996. "Promoting HIV/AIDS Prevention on Nigerian Campuses: Students Take the Lead." *AIDScaptions* 3(3). Cited in: "Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence and Prevalence for Negotiation of Safe Sex Practices for Adolescent Girls," by N. Luke. 2001. Paper prepared for the International Center for Research on Women for the AIDSMark Project. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.

47 Irvin, A. 2000. *Taking Steps of Courage: Teaching Adolescents about Sexuality and Gender in Nigeria and Cameroon*. New York: International Women's Health Coalition. Cited in: Luke 2001.

48 UNICEF Ghana. 2002. "Evaluation of HIV/AIDS Prevention Through Peer Education, Counselling, Health Care, Training, and Urban Refuges in Ghana." *Evaluation and Programme Planning* 25(4): 409-420.

49 Beaujour, S. 2000. Quoted in: Colbert, R. 2000. "HIV/AIDS-Cabaret: Youth Motivated for Safe Sexual Relations." Web site: www.panosinst.org/Island/IB46e.shtml, accessed 5 December 2002.

50 Как правило, консультанты-сверстники учитывают такие факторы, как социально-культурные особенности, а именно возраст, пол и личный опыт, включая потребление наркотиков, рождение детей в раннем возрасте, ВИЧ и т.д.

51 st African Youth Initiative Project: Summary of Key Findings." n.d. Ibadan, Nigeria, and Washington, D.C.: Association for Reproductive and

52 Kohn, D. 2002. "Working with Out-of-school Youth in Belize and Peru." *Siecus Report: Sexual Health Issues Worldwide* 30(5).

53 Kahuthia, G., and S. Radeny. 1999. "PATH, Kenya: Using Scouting as a Vehicle for Reaching Out-of School Youth." FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults. Web site: www.fhi.org/en/youth/youthnet/publications/focus/projecthighlights/kenyapath.htm, accessed 8 June 2003.

54 Fongkaew, W., and K. Bond. 2001. "Lifenet, Thailand: Promoting Social Action Networks for Youth Health." FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults. Web site: www.pathfind.org/pf/pubs/focus/Project%20Highlights/lifenet5.html, accessed 6 January 2003.

55 Abaunza, H. 2002. "Sexual Health Exchange 2002-1: 'Puntos de Encuentro': Communication for Development in Nicaragua." Amsterdam: KIT Information Services, Royal Tropical Institute. Web site: www.kit.nl/ils/exchange_content/html/communication_nicaragua_-_sexu.asp, accessed 15 July 2003.

56 "Nicaraguan Youth Begin to Play It Safe." 2001. *Communication Impact!* No. 12. Baltimore, Maryland: Center for Communication Programs, Johns Hopkins University.

57 Excerpted from: Kilm, Y. M., et al. 2001. "Promoting Sexual Responsibility among Young People in Zimbabwe." *International Family Planning Perspectives* 27(1): 11-19.

58 Moch, L., and C. Stevens. 1999. "Reaching Adolescents Through Hotlines and Radio Call-In Programs." In Focus Series. FOCUS on Young Adults. Pathfinder International; "Key Youth Programs: Use Hotlines" n.d. Baltimore, Maryland: Center for Communication Programs, Johns Hopkins University. Web site: www.jhuccp.org/resources/youth/key5.html, accessed January 7, 2003; and International Planned Parenthood Federation. 2001c. "Youth Telephone Hotlines In Guatemala and Columbia." *IPPF/WHR Spotlight on Youth*. No. 5. New York: International Planned Parenthood Federation.

59 Moch and Stevens 1999.

60 Palmer, A. 2002. "Reaching Youth Worldwide." Working Paper 6. Baltimore, Maryland: Center for Communication Programs, Johns Hopkins University.

61 Ibid.

62 "Studio 263 Key in Anti-Aids Drive: Director." 5 December 2002. *The Daily News* (Harare). See Web site: allAfrica.com.

63 Family Health International. 2002. *Behavioral Surveillance Survey 1999-2000*. Arlington, Virginia: Family Health International; and Hope Enterprises Ltd. 2002a. *Report of Adolescent Condom Survey, Jamaica, 2001*. Prepared for the Commercial Market Strategies Project. Kingston, Jamaica: Hope Enterprises Ltd. Cited in: *Adolescent Reproductive Health Behaviors and Outcomes in Jamaica*, by K. Hardee, and L. Dougherty. 2002. Kingston, Jamaica: Youth.now, The Futures Group.

64 Rebourças 2002.

65 Holgate, Michael. 2000. "Programs for Adolescents: The 'Ashe' Experience in Jamaica." *Network* 20(3): 28-29.

66 International Planned Parenthood Federation. 2001d. *Youth and Technology: IPPF/WHR Experiences to Promote Sexual and Reproductive Health*. New York: International Planned Parenthood Federation.

67 Ibid.

68 Msimang, S., and S. Wilson (eds). 2002. *Act Now: A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS*. New York and Toronto: UNIFEM and Association for Women's Rights in Development. Web site: www.awid.org/publications/publications.html, accessed 5 December 2002.

69 Web site: www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/sexwise, accessed 5 December 2002.

70 National Commission for International Cooperation and Sustainable Development. "The International Education Project: HIV/Aids and Youth: Beyond My Own Backyard." Amsterdam: National Commission for International Cooperation and Sustainable Development. Web site: www.ict-edu.nl/content/nederlands/learn/middenframe_aids.html, accessed 15 December 2002.

71 Web site: www.youthshakers.org.

72 Palmer 2002.

ГЛАВА 5

1 UNICEF. 1998. *The Progress of Nations 1998*. New York: UNICEF; and UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre. Web site: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf.

2 United Nations. 2001. *We the Children: End-decade Review of the Follow-up to the World Summit for Children: Report of the Secretary General* (A/S-27/3). New York: United Nations.

3 Gaym, A. 2000. "A Review of Maternal Mortality at Jimma Hospital, Southwestern Ethiopia." *Ethiopian Journal of Health Development* 14(2): 215-223.

4 UNICEF 2001.

5 WHO. 1989. *The Reproductive Health of Adolescents: A Strategy for Action*. A Joint WHO/UNFPA/UNICEF Statement. Geneva: WHO.

6 ORC Macro. 2001. *Final Report: Bangladesh*. Calverton, Maryland: ORC Macro. Web site: www.measuredhs.com, accessed 7 July 2003.

7 Alan Guttmacher Institute. 1998. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: Alan Guttmacher Institute.

8 United Nations. 2002. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects* (ESA/P/WP.717). New York: Commission on Population and Development, United Nations.

9 Ibid.

10 WHO. 1997. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, Third Edition. Geneva: WHO.

11 UNESCO. 2002. "Unwanted Pregnancy and Unsafe Abortion." *Package of Laws and Legislations Series 3: Legislation*

Review 2. Bangkok: Regional Clearing House on Population, Education and Communication (RECHPEC), UNESCO.

12 Harrison, K. A. 1985. "Childbearing, Health and Social Priorities: A Survey of 22,744 Consecutive Deliveries in Zaria, Northern Nigeria." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 92(Supp. 5): 1-119.

13 Кроме того, определение предусматривает использование различных положений, касающихся статуса женщин, беременных в настоящее время или же не имеющих менструаций (например, с учетом их заявлений о том, когда они хотели забеременеть), а также женщин, которые не хотят верить в то, что они беременны. Подробную информацию о различных определениях см.: Casterline, J. B., and S. W. Sinding. 2000. "Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Policy Implications." *Population and Development Review* 26(4): 691–723; and Westoff, C. F., and A. Bankole. 1995. *Unmet Need: 1990–1994*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies. No. 16. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.

14 Данные, касающиеся основного обследования на веб-сайте (www.measuredhs.com) от 6 мая 2003 года, получены от STAT. Информация о новых обследованиях находится в стадии обработки, и она будет представлена до публикации следующего доклада.

15 Эти данные были получены от 7 стран Латинской Америки и 23 стран Африки, расположенных к югу от Сахары.

16 Однако следует отметить, что имеются лишь данные для трех стран Центральной Азии.

17 Gabon, South Africa, Togo and Zimbabwe show such high levels.

18 Йемен, являющийся страной, где показатели удовлетворения потребностей в регулировании периода между родами выше в четыре раза, чем в других странах, является единственной страной, в которой эти потребности удовлетворены менее чем наполовину, а именно на 22 процента.

19 Senderowitz, J. 1999. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly.* Research, Program and Policy Series. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

20 Boland, R. 2003. Population and Law database (Harvard University). Special compendium provided on request, p. 1.

21 Ibid., pp. 1-2.

22 Family Care International. 1999. Meeting the Cairo Challenge: A Summary Report: Implementing the ICPD Programme of Action, p. 9. New York: Family Care International.

23 Boland 2003, p. 2.

24 Ibid., p. 3.

25 Ibid., pp. 1-2.

26 Senderowitz, J. 1997. *Reproductive Health Outreach Programs for Young Adults.* Pathfinder International/FOCUS on Young Adults Research Series. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

27 Erulkar, A., and B. Mensch. 1997. *Youth Centres in Kenya: Evaluation of the Family Planning Association of Kenya Programme.* Nairobi: The Population Council; The Population Council. 2000. *Overview of Youth Centre Assessments In Kenya, Zimbabwe and Ghana.*. New York: The Population Council; Glover, E. K., et al. 1998. *Youth Centres in Ghana: Assessment of the Planned Parenthood Association of Ghana Programme.* Nairobi: The Population Council; and Phiri, A., and A. Erulkar. 1997. *A Situation Analysis of the Zimbabwe National Family Planning Council's Youth Centres: Baseline Assessment.* Naibori: Zimbabwe National Family Planning Council and the Population Council.

28 Action Health Incorporated. 1998. "The Youth Clinic." *Growing Up* 6(2).

29 Boucard, G. 1998. "Mid-Term Evaluation: FOSREF Reproductive Health for Adolescents Project." Prepared for UNFPA. New York: UNFPA.

30 Family Care International 1999, p. 101.

31 Ibid., p. 102.

32 Ibid., p. 99.

33 International Planned Parenthood Federation. n.d. "Burkina Faso Programme Review." Unpublished report. London: International Planned Parenthood Federation.

34 International Planned Parenthood Federation. 2001. "Integrating Sexual and Reproductive Health Services for Youth in Colombia." *IPPF/WHR Spotlight on Youth*. No. 1. New York: International Planned Parenthood Federation.

35 Российская Федерация, 2002 год, информационный бюллетень, касающийся повышения эффективности деятельности молодежных центров в целях охраны репродуктивного здоровья подростков на основе результатов проекта ЮНФПА «Репродуктивное здоровье и права населения в Российской Федерации», осуществлявшегося в Москве, Твери, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Барнауле, Томске в 2000–2002 году. Москва, Министерство здравоохранения Российской Федерации.

36 Jamaica Adolescent Reproductive Health Activity. November 2002. "Background Report, Mid-Term External Evaluation." Washington, D.C.: The Futures Group International in collaboration with the Ministry of Health, Margaret Sanger Center International, and Dunlop Corbin Communication.

37 Senderowitz, J., and C. Stevens. 2001. *Leveraging the For-Profit Sector in Support of Adolescent and Young Adult Reproductive Health Programming.* Washington, D.C.: Futures Institute for Sustainable Development.

38 Hughes, J. November 2000. Personal communication; and Erulkar, A. 2000. Unpublished memo.

39 Family Planning Service Expansion and Technical Support Project. 1999. "Evaluating the Impact of ZNA/MAPS Interventions on Reproductive Health Services for Youth." Lusaka, Zambia: Family Planning Service Expansion and Technical Support Project, John Snow International; and Williams, T. 14 March 2001. Personal correspondence.

40 Murray, N., et al. 2001. *Will Youth Be Negatively Affected by User Fees for Reproductive Health Products or Services?* Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

ГЛАВА 6

1 В мае 2002 года в сотрудничестве с Советом по народонаселению ЮНФПА провел заседание для рассмотрения вопроса о накопленном опыте и обсуждения новых подходов к планированию, разработке и оценке программ и активизации усилий, направленных на удовлетворение потребностей подростков, которым не уделяется достаточно внимания (например, молодые супружеские пары, население сельских районов и население, находящиеся в крайне неблагоприятных условиях, и т.д.).

2 UNFPA. 2002. "African Youth Alliance (AYA) Programme Profile." New York: UNFPA.

3 Ibid.

4 See the EC/UNFPA Initiative for Reproductive Health (RHI) in Asia web site: www.asia-initiative.org/rhi_in_brief.html, accessed 24 February 2003.

5 Ibid.

6 Nguyen, T. H., and E. Kelly. June 2002. *Final Report. End of Project Evaluation. Adolescent Reproductive Health Service Delivery Project.* Melbourne, Australia: Marie Stopes International. Vietnam.

7 Nguyen T. G. 22 January 2003. "The Youth House." Presentation to the Orientation Workshop for RHPs [Reproductive Health Projects] Partners, Pathfinder International/Viet Nam, Hanoi, Viet Nam, 22 January 2003.

8 Hainsworth, G. 2002. *Providing Reproductive Health and STI/HIV Information and Services to This Generation: Insights from the Geração Biz Experience*. Watertown, Massachusetts: Pathfinder International.

9 Ibid.

10 Ibid.

11 Senderowitz, J. July 2002. Field observations and meetings.

12 The Population Council. 1998. *What Can Be Done to Foster Multisectoral Population Policies: Summary Report of a Seminar*, Overseas Development Council, Washington, D.C., 28 May 1997. Washington, D.C.: The Population Council.

ГЛАВА 7

1 В методологии исследований все чаще применяются индикаторы персональных особенностей подростков, их семейных ситуаций и присущих общинам особенностей и норм.

2 The United Nations Theme Group on HIV/AIDS in China. 2002. *HIV/AIDS: China's Titanic Peril. 2001 Update of the AIDS Situation and Needs Assessment Report.* Beijing, China: UNAIDS.

3 Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network. 2001. "The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific". Report presented at the MAP Meeting in Melbourne, Australia, 4 October 2001.

4 Rosen, J. 2001. *Formulating and Implementing National Youth Policy: Lessons from Bolivia and the Dominican Republic.* Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

5 Greene, M., et al. 2002. *In this Generation: Sexual & Reproductive Health Policies for a Youthful World.* Washington, D.C.: Population Action International.

6 Ministry of Health. 2002. *National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services.* Hanoi: Ministry of Health, Government of Viet Nam.

7 UNFPA. 1999. *Annual Report 1999*. New York: UNFPA.

8 Kiragu, K., et al. 1998. *Adolescent Reproductive Health Needs in Kenya: A Communication Response Evaluation of The Kenya Initiatives Project.* Baltimore, Maryland: Population Communication Services, John Hopkins University.

9 United Nations. 1989. *Convention on the Rights of the Child: General Assembly Resolution 25(XLIV): 44th Session: Supplement No. 49*, (A/RES/44/25, reprinted in 28 I.L.M. 1448): opened for signature 26 January 1990, paragraph 29.1(b); United Nations. 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: Adopted and Opened for Signature, Ratification and Accession by General Assembly Resolution 34/180 of 18 December 1979*, article 10c. New York: United Nations; United Nations. 1993. *Vienna Declaration and Programme of Action: World Conference on Human Rights* (A/CONF.157/24), paragraph 18. New York: United Nations; United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo, 5-13 September 1994*, Principle 10, paragraphs 4.3(c), 4.12, 4.16(a, b), 4.17, 4.29, 7.39, 7.48 and11.16. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations; United Nations. 1996. *The Beijing Declaration and the Platform for Action: Fourth World Conference on Women: Beijing, China: 4-15 September 1995* (DPI/1766/Wom), paragraphs 83(i), 107(e), 125(e), 126(b), 227, 230(f), 231c, 233(c, d, f, g) and 278(b, c). New York: Department of Public Information, United Nations; United Nations. 1999. *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (A/S-21/5/Add.1), paragraphs 3 and 40. New York: United Nations; and United Nations. 2000. *Resolution Adopted by the General Assembly: S-23/3: Further Actions and Initiatives to Implement the Beijing Declaration and Platform for Action* (A/RES/S-23/3), paragraph 99(a). New York: United Nations.

10 United Nations 1995, paragraphs 7.38, 12.13, 12.14, 12.20, 12.22; United Nations 1996, paragraphs 109(d, and f), 206(a, b, i, and j), and 231e; and United Nations 1999, paragraphs 5, 37.

11 United Nations 1989, paragraph 3.1; United Nations 1995, paragraphs 6.7(b) and 7.21; United Nations 1996, paragraphs 107(e), 110(a, and e),111(a), and 267; United Nations 1999, paragraphs

21(b), 40, 42, 45, 52(b), and 73(c); and United Nations 2000, paragraphs 72(g), and 79(f).

12 United Nations 1979, paragraphs 7(c), and 14.2(a); United Nations 1995, paragraphs 4.3(b), 4.4(a), 7.9, 7.18, 15.8, 15.9, and 15.10; United Nations 1996, paragraphs 106(s), 108(a, and j), 233(f), and 295; and United Nations 2000, paragraphs 51, 52(c), 76, and 81.

13 United Nations 1989, paragraphs 12.1, and 13; United Nations 1995, paragraphs 6.15, 7.43, 7.47, and 11.20; United Nations 1996, paragraphs 111(b), and 284(a, and b); United Nations 1999, paragraphs 21(b), 73(c), 83, and 90; United Nations 2000, paragraphs 79(f), and 95(b, and c).

14 Senderowitz, J. 2000. "A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health." Poptech Assignment. No. 2000.176. Arlington, Virginia: Population Technical Assistance Project.

15 Chibbamulilo, P. 1997. *A Report on the Mini-Participatory Learning and Action (PLA) Exercise for the JSI/SEATS Programme in Zambia*. Lusaka, Zambia: Family Planning Service Expansion and Technical Support Project, John Snow International.

16 MacLean, A. 1999. *Sewing a Better Future: A Report of Discussions with Young Garment Factory Workers about Life, Work and Sexual Health*. Washington, D.C.: CARE International, Cambodia, and FOCUS on Young Adults.

17 Cheetham, N., R. Thiombiano, and S. Ky. 2003. "Community Participation to Improve Youth Sexual and Reproductive Health in Burkina Faso." Unpublished project summary. Washington, D.C.: Advocates for Youth.

18 Khan, S. A., and M. Ahmed. 2001. "BRAC, Bangladesh: Community Mobilization to Support Adolescent Development." FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International. Web site: www.pathfind.org/pf/pubs/focus/Project%20Highlights/ BRAC.htm, accessed 6 January 2003.

19 Micklewright, J. 2002. "Social Exclusion and Children: A European View for a US Debate." Innocenti Working Papers. No. 90. Florence, Italy: Innocenti Research Centre, UNICEF.

20 Lansdown, G. 2001. *Promoting Children's Participation in Democratic Decision-Making*. UNICEF Insight No. 6. Florence, Italy: Innocenti Research Center, UNICEF. Web site: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/insight6.pdf, accessed 19 April 2003.

21 Cornwall, A., and A. Welbourn (eds.). 2002. *Realizing Rights: Transforming Approaches to Sexual and Reproductive Well-being*. London: Zed Books.

22 See: UNICEF. 2002. *The State of the World's Children 2002: Leadership* (Sales No. E.02.XX.1). New York: UNICEF.

23 Faulkner, K., and J. Knott. 2002. "Institutionalising Youth Participation in a Large International Organisation: Experiences from the International Planned Parenthood Federation." Ch. 2 in Cornwall and Welbourn 2002.

24 Lansdown 2001**.**

25 Ibid.

26 See: UNESCO. n.d. "Who is Who: Directory of International Youth-led/ Youth-serving Organisations." Paris: UNESCO. Web site: www.unesco.org/youth/ONGRepertoire.htm, accessed 8 June 2003.

27 Russell, J., and X. Solórzano. 2001. *Adolescent and Youth Policy: The Experiences of Colombia, Dominican Republic and Nicaragua*. Washington, D.C.: Adolescent Health and Development, PAHO, WHO.

28 See web site: www.elige.org.mx/Quienes_somos.htm, accessed 20 January 2003.

29 TakingItGlobal Projects: Network of Young Women Activitists against Violence against Women. See web site: http://projects.takingitglobal.org/genderviolence, accessed 20 January 2003.

30 The Youth Coalition, Ottawa, Ontario, Canada. Web site: www.youthcoalition.org, accessed 20 January 2003.

31 Например, затраты на образовательные программы по профилактике ВИЧ/СПИД в стране с незначительной заболеваемостью могут быть относительно высокими по сравнению с краткосрочными благами. Однако риск распространения резко возрастает среди неинформированного населения с огромными потенциальными последствиями.

32 Не следует отождествлять расходы и ассогнования. Административные расходы, частные расходы и вмененные потери нередко в анализ не включаются. Способы финансирования (например, трансферты) учитываются в системе счетов по-разному и порой неадекватно. См.: Knowles, J., and J. Behrman. 2003. Background paper (edited version March 2003) for the Expert Meeting on Assessing the Economic Benefit of Investing in Youth in Developing Countries, National Research Council, Washington, D.C., 15 October 2003.

33 Correia, M., and W. Cunningham, W. 2003. *Caribbean Youth Development: Issues and Policy Directions*. Washington, D.C.: The World Bank; and Cunningham, W. 2003. Presentation at the Expert Meeting on Assessing the Economic Benefit of Investing in Youth in Developing Countries, National Research Council, Washington, D.C., 15 October 2003.

34 Проще произвести расчеты социальных, а не частных расходов, поскольку применительно к последним имеет место вариация компонентных вводных и их цен.

35 В финансовые издержки входят выплаты по содержанию ребенка, государственные медицинские расходы на нужды матери и ребенка, социальные выплаты правительства в порядке вспомоществования неимущим семьям и поступления в систему безродительского воспитания детей. К экономическим издержкам относятся недополученные налоговые поступления ввиду заниженного будущего дохода матери и ребенка, административные ресурсы, отвлеченные на оказание социальных услуг, недополученная отдача от потенциального альтернативного задействования фондов здравоохранения, экономические издержки ввиду роста преступности из-за ограниченных перпектив на образование и трудоустройство и другие виды заниженного вклада в общество со стороны ребенка и матери подросткового возраста. Для дополнительных ссылок и детальных сведений см: Correia and Cunningham 2003; and Cunningham 2003. Вариации в оказываемых социальных услугах и уровнях доходов (и доле, направляемой на содержание детей) обьясняют разницу в национальных данных.

36 Buvinic, M. 1998. "The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala and Mexico." *Studies in Family Planning* 29(2): 201-209.

37 Меньше вероятность присутствия биологического отца и больше женщин проживает вне собственного или родительского дома. В отличие от Соединенных Штатов, (см. более подробно: Buvinic 1998), это не отражается на будущем семейном положении. Быть матерью-одиночкой в течение продожительного срока не свойственно для контекста Латинской америки.

38 В Мексике две трети матерей-подростков – это дочери женщин которые в свое время сами родили детей в подростковом возрасте.

39 Наиболее надежным, хоть и дорогостоящим, методом было бы обследование населения. Большинство сведений поступает из дородовых центров, но малолетние матери могут в них и не обращаться.

40 Из: Knowles and Behrman 2003, стр. 41. В этих расчетах сделана существенная временная скидка показателей отдачи в размере 34,6 лет жизни с поправкой на инвалидность, реализуемых через 5-8 лет после инфецирования.

41 Marseille, E., P. B. Hoffman, and J. G. Kahn. 2002. "HIV Prevention before HAART in Sub-Saharan Africa." *The Lancet*. 2002 359(9320): 1851-1856.

42 Этот вопрос решительно отстаивали P. Piot, D. Zewdie, and T. Türmen (2003. "HIV/AIDS Prevention and Treatment." *The Lancet* 360[9326]: 86) своей ответной статьи на статью Marseille, Hoffman and Khan 2002.

43 Отдача включает в себя спасенные годы жизни с поправкой на инвалидность (см. сноску 39), сокращение вторичного инфецирования партнеров незараженного и экономию ежегодных расходов на здравоохранение.

44 Marek, T., and J.M. Del Rosso, T. 1996. *Class Action: Improving School Performance in the Developing World through Better Health and Nutrition*. Washington, D.C.: The World Bank. Cited in: Knowles and Behrman 2003.

45 WHO. 1996. "Research to Improve Implementation and Effectiveness of School Health Programmes," (WHO/HPR/HEP/96.3). Geneva: WHO. Cited in: Knowles and Behrman 2003. в обзорах прослеживается большая отдача (в районе 18-20 : 1) борьбы с курением из-за большого числа курильщиков и связанной с этим долгосрочной смертностью и заболеваемостью.

46 Это верхний предел предполагаемых потребностей для выполнения связанных с образованием задач из Целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, и за основу взяты нормативные инвестиционные стандарты, увязанные с национальным ВНП. Он отмечает широкий диапазон расчетов предполагаемых потребностей начиная с 2,4 млрд. долл. США и включая расчеты ЮНИСЕФ в размере 9,1 млрд. долл. США. См. Это верхний предел предполагаемых потребностей для выполнения связанных с образованием задач из Целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, и за основу взяты нормативные инвестиционные стандарты, увязанные с национальным ВНП. Он отмечает широкий диапазон расчетов предполагаемых потребностей начиная с 2,4 млрд. долл. США и включая расчеты ЮНИСЕФ в размере 9,1 млрд. долл. США. См. Devarajan, S. 2002. "External Finance and the Millennium Development Goals." Presentation at the International Seminar, "Latin America and the Caribbean: Challenges before the Millennium Development Goals," organized by the Inter-American Development Bank, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, the World Bank, and UNDP, Washington, D.C., 10-11 June 2002.

47 Более реальные показатели предполагаемой отдачи в зависимости от исходных предпосылок ежегодных дисконтных ставок и отдачи от составляющих компонентов в 2,77-25,63 раз больше расходов. См.: Knowles and Behrman 2003, глава 6.

48 Этот предварительный показатель был менее определенным; диапазон колебаний составил от 8,14 до 1764.

Материалы для вставок

ГЛАВА 1

2 Организация Объединенных Наций. 1999 год. Основные направления деятельности по дальнейшему осуществлению Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (A/S-21/5/Add1), пункт 73. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций; United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003. "General Comment No.4 (2003): Adolescent Health and Development in the context of the Convention on the Rights of the Child" (CRC/GC/2003/4), 33-rd session, paragraph 21. New York: United Nations; Организация Объединенных Наций: 1999 год. «Общая рекомендация 24: статья Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин: статья 12 «Женщины и охрана здоровья», пункт 8б доклад Комитета о ликвидации дискриминации в отношении женщин: двенадцатая сессия (A/54/38 (Часть 1), Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

3 United Nations. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision.* New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs.

4 See web site: www.swcp.com/shinealight/Pages/Caracol.html, accessed 20 December 2002; and the Child Welfare Scheme. 2002. Web site: www.childwelfarescheme.org, accessed 20 December 2002.

5 Women's Commission for Refugee Women and Children. 2002. "Precious Resources: Participatory Research Study with Adolescents and Youth in Sierra Leone: April-July 2002." New York: Women's Commission for Refugee Women and Children. Web site: www.womenscommission.org/reports/sl/01.html, accessed 30 June 2003.

6 Cook, R., and B. M. Dickens. 2000. "Recognizing Adolescents' 'Evolving Capacities' to Exercise Choice in Reproductive Health Care," p. 16. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 70(1): 13-21.

ГЛАВА 2

7 Bruce, J. 2002. "Married Adolescent Girls: Human Rights, Health and Developmental Needs of a Neglected Majority." United Nations Special Session on Children, New York, 8-10May 2002.

8 UNFPA. 2003. "Afghan Teens Speak Out Against Early Marriage: World Population Day: A Personal Story." News feature. New York: UNFPA.

9 Barkat, A., et al. 1999. *The RSDP/Pathfinder Bangladesh Newlywed Strategy: Results of an Assessment.* Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults; and Bond, K., and L. MacLaren. 1998. "Report on Consultancy to NIPHP Partners, Bangladesh, 19 November-14 December 1998." Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults.

10 Campbell, C., and C. MacPhail. 2002. "Peer Education, Gender and the Development of Critical Consciousness: Participatory HIV Prevention by South African Youth," p. 332. *Social Science and Medicine* 55(2): 331-345; Brown, A., et al. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies* (WHO/RHR/01.8). Occasional Paper. Geneva: Family and Community Health, Department of Reproductive Health and Research, and WHO; Eggleston, E., J. Jackson, and K. Hardee. 1999. "Sexual Attitudes and Behaviour among Young Adolescents in Jamaica." *International Family Planning Perspectives* 25(2): 78-85; and Barker, G. 2000. "Gender-Equitable Boys in a Gender Inequitable World: Reflections From Qualitative Research and Programme Development in Rio de Janeiro." *Sexual and Relationship Therapy* 15(3): 262-282.

ГЛАВА 3

11 Shelton, J. 29 July 2002. "ABC Approach to Behaviour Change." Jim Shelton's Pearls. Web site: www.jhuccp.org/pearls/2002/07-29.shtml.

12 Population Services International and Population Reference Bureau. 2000. *Social Marketing for Adolescent Sexual Health: Results of Operations Research Projects in Botswana, Cameroon, Guinea, and South Africa.* Washington, D.C.: Population Services International and Population Reference Bureau.

13 Horizons Program, Kenya Project Partners, and Uganda Project Partners. 2001. *HIV Voluntary Counseling and Testing Among Youth: Results from an Exploratory Study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda.* Washington, D.C.: Horizons Program, the Population Council.

ГЛАВА 4

14 Hogle, J. A., et al. 2002. "What Happened in Uganda: Declining HIV Prevalence, Behaviour Change and the National Response." *Project Lessons Learned Case Study.* September. Washington, D.C.: USAID; and Wendo, C. 2002. "School HIV/AIDS Manual Ready." Kampala, Uganda: New Vision. Web site: www.allAfrica.com, accessed 5 December 2002.

15 Stewart, H., et al. 2001. *Reducing HIV Infection Among Youth: What Can Schools Do: Key Baseline Findings from Mexico, South Africa, and Thailand.* Washington, D.C.: Horizons Program, the Population Council.

16 Ryan, W. A. September 2002. Interview with Mmagokgoshi Morema.

17 Rose-Avila, M. 1990. "Peer Education with Gang Members: Protecting Life and Health." FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults. Web site: www.pathfind.org/pf/pubs/focus/Project%20Highlights/homies.html, accessed 6 January 2003.

18 UNFPA. 5 June 2003. "Moving Beyond Excuses: Eastern European Ad Campaign Promotes Condom Use." News feature. New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=326.

ГЛАВА 5

20 Murray C., and A. Lopez. 1998. Health Dimensions of Sex and Reproduction: The Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders and Congenital Anomalies. Geneva: WHO; and UNFPA and EngenderHealth. 2003. Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from Nine African Countries. New York: UNFPA and EngenderHealth.

21 Senderowitz, J. 1999. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly.* Research, Program and Policy Series. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

22 Barkat, A., et al. 1999. *The RSDP/Pathfinder Bangladesh Newlywed Strategy: Results of an Assessment.* Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults; and Bond, K., and L. MacLaren. 1998. "Report on Consultancy to NIPHP Partners, Bangladesh, 19 November-14 December 1998." Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults.

ГЛАВА 6

23 Dickson-Tetteh, K., A. Pettifor, and W. Moleko. 2001. "Working with Public Sector Clinics to Provide Adolescent-Friendly Services in South Africa." *Reproductive Health Matters* 9(17): 160-169. See also: Kaiser Family Foundation web site: www.kff.org/docs/sections/safrica/loveLife.html.

24 UNFPA. 2003. "Project RLA/97/P07: The Right to Have Dreams and a Duty to Plan Them." Project report submitted by UNFPA Panama Field Office.

25 Bernstein, S. November 2002. Site visit.

ГЛАВА 7

26 Организация Объединенных Наций. 2000 год. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей: 55/2 – Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций (A/RES/55/2).Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций. См. Также веб-сайт: www.un.org/millenniumgoals.

27 Rosen, J. 2001. *Formulating and Implementing National Youth Policy: Lessons from Bolivia and the Dominican Republic.* Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

28 Материалы представлены: Bogaarts, Y. 2003. World Population Foundation.

29 Barcelona, D., Adolescent Youth Cluster, UNFPA. 2003. Personal communication.

30 UNFPA. 18 March 2002. News Feature. Web site: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=116&Language=1.

32 United Nations. 1999. *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (A/S-21/5 Add. 1). New York: United Nations.

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Ж	Дети. посещающие последний класс на-чальной школы М / Ж	Число детей принятых в среднюю школу (итого) М / Ж	Число грамотных (%) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы: Любой метод	Контрацептивные методы: Современные методы	Коэффициент распространения ВИЧ (%) (15 лет-24 года) М / Ж
Итого в мире	**56**	**63.3 / 67.6**	**386**					**50**	**61**	**54**	
Более развитые регионы (*)	**8**	**72,1 / 79,4**						**27**	**69**	**56**	
Менее развитые регионы (+)	**61**	**61,7 / 65,1**						**53**	**59**	**54**	
Наименее развитые страны (a)	**97**	**48,8 / 50,5**						**124**			
АФРИКА (1)	**89**	**47,9 / 50,0**						**107**	**25**	**20**	
ВОСТОЧНАЯ АФРИКА	97	42,4 / 43,8						117	21	16	
Бурунди	107	40,4 / 41,4	866	73 / 58	59 / 58	12 / 9	44 / 60	50	9	1	4,95 / 11,05
Эритрея	73	51,2 / 54,2	857	65 / 54	69 / 69	34 / 23	33 / 55	115	5	4	2,75 / 4,30
Эфиопия	100	44,6 / 46,3	1 193	76 / 52	64 / 64	22 / 14	53 / 69	100	8	6	4,40 / 7,80
Кения	69	43,5 / 45,6	1 564	95 / 93	70 / 73	32 / 29	11 / 24	78	39	32	6,00 / 15,55
Мадагаскар	91	52,5 / 54,8	654	105 / 101	45 / 48	15 / 14	26 / 40	137	19	12	0,07 / 0,24
Малави	115	37,3 / 37,7	1 936	139 / 135	55 / 43	40 / 31	26 / 53	163	31	26	6,35 / 14,90
Маврикий (2)	16	68,4 / 75,8	32	109 / 108		79 / 75	12 / 19	33	75	49	
Мозамбик	122	36,6 / 39,6	936	104 / 79	62 / 54	14 / 9	40 / 71	105	6	5	6,10 / 14,70
Руанда	112	38,8 / 39,7	1 258	119 / 118	38 / 40	12 / 12	26 / 40	50	13	4	4,90 / 11,20
Сомали	118	46,4 / 49,5	685					213			
Уганда	86	45,4 / 46,9	910	143 / 129		21 / 16	23 / 43	211	23	18	2,00 / 4,65
Объединенная Республика Танзания	100	42,5 / 44,1	1 408	63 / 63	80 / 83	6 / 5	16 / 33	120	25	17	3,55 / 8,05
Замбия	105	32,7 / 32,1	770	80 / 76	83 / 78	26 / 21	15 / 28	145	25	14	8,10 / 21,00
Зимбабве	58	33,7 / 32,6	654	96 / 93		47 / 42	7 / 15	92	54	50	12,40 / 33,00
Центральная Африка (3)	116	41,6 / 43,8						200	10	3	
Ангола	140	38,8 / 41,5	820	78 / 69		18 / 13		229	8	4	2,20 / 5,70
Камерун	88	45,1 / 47,4	748	115 / 100	72 / 93	22 / 17	21 / 36	121	19	7	5,40 / 12,65
Центральноафриканская Республика	100	38,5 / 40,6	834	89 / 61			40 / 65	132	15	3	5,85 / 13,50
Чад	115	43,7 / 45,7	933	90 / 57	58 / 48	18 / 5	48 / 66	195	8	2	2,35 / 4,30
Конго ДемократическаяРеспублика (4)	120	40,8 / 42,8	755	49 / 44		24 / 13	27 / 50	230	8	2	2,90 / 5,90
Конго Республика	84	46,6 / 49,7	406	101 / 93		46 / 38	13 / 26	146			3,25 / 7,80
Габон	57	55,8 / 57,5	446	144 / 143		61 / 58		113	33	12	
СЕВЕРНАЯ АФРИКА (5)	49	64,5 / 68,2						36	47	42	
Алжир	44	68,1 / 71,3	103	116 / 107	97 / 98	68 / 73	24 / 43	16	64	50	
Египет	41	66,7 / 71,0	84	103 / 96	99 / 100	88 / 83	33 / 56	47	56	54	
Ливийская Арабская Джамахирия	21	70,8 / 75,4	130	115 / 117		88 / 91	9 / 32	7	40	26	
Марокко	42	66,8 / 70,5	238	101 / 88	79 / 81	44 / 35	38 / 64	25	50	42	
Судан	77	54,1 / 57,1	352	59 / 51	86 / 88	22 / 36	31 / 54	55	8	7	1.10 / 3,10
Тунис	23	70,8 / 74,9	68	120 / 115	92 / 94	76 / 80	19 / 39	7	60	51	
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ АФРИКИ	52	43,9 / 49,1						66	52	51	
Ботсвана	57	38,9 / 40,5	275	108 / 108	84 / 89	90 / 96	25 / 20	91	40	39	16,10 / 37,50
Лесото	92	32,3 / 37,7	437	112 / 118	68 / 80	30 / 36	27 / 6	53	30	30	17,40 / 38,10
Намибия	60	42,9 / 45,6	274	112 / 113	92 / 93	58 / 65	17 / 19	78	29	26	11,10 / 24,25
Южная Африка	48	45,1 / 50,7	239	115 / 108	66 / 63	83 / 91	14 / 15	66	56	55	10,65 / 25,65
Свазиленд	78	33,3 / 35,4	380	128 / 121	83 / 85	60 / 60	19 / 21	45	20	17	15,25 / 39,50
ЗАПАДНАЯ АФРИКА (6)	90	49,0 / 50,3						119	15	8	
Бенин	93	48,4 / 53,0	767	113 / 78	89 / 78	30 / 14	48 / 76	107	19	7	1,17 / 3,75
Буркина-Фасо	93	45,2 / 46,2	818	52 / 37	68 / 71	12 / 8	66 / 86	136	12	5	4,00 / 9,75
Кот-д'Ивуар	101	40,8 / 41,2	459	92 / 70	91 / 90	30 / 17	41 / 63	116	15	7	2,90 / 8,35
Гамбия	81	52,7 / 55,5	526	86 / 78	75 / 63	43 / 30	56 / 70	125	10	9	0,53 / 1,34

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Ж	Дети. посещающие последний класс на-чальной школы М / Ж	Число детей принятых в среднюю школу (итого) М / Ж	Число грамотных (%) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы: Любой метод	Контрацептивные методы: Современные методы	Коэффициент распространения ВИЧ (%) (15 лет-24 года) М / Ж
Гана	58	56,5 / 59,3	407	84 / 76	67 / 65	40 / 32	20 / 37	76	22	13	1,38 / 3,00
Гвинея	102	48,8 / 49,5	822	78 / 56	90 / 77	20 / 7		163	6	4	
Гвинея-Бисау	120	43,8 / 46,9	1 017	99 / 66	41 / 34	26 / 14	46 / 77	197	8	4	1,05 / 2,95
Либерия	147	40,7 / 42,2	476	140 / 96	49 / 17	45 / 32	30 / 63	227	6	6	
Мали	119	48,0 / 49,1	1 135	71 / 51	100 / 86	20 / 10	64 / 84	191	8	6	1,35 / 2,10
Мавритания	97	50,9 / 54,1	889	86 / 80	68 / 55	22 / 20	49 / 70	104	8	5	
Нигер	126	45,9 / 46,5	1 090	42 / 29	76 / 71	8 / 5	76 / 92	233	14	4	
Нигерия	79	51,1 / 51,8	533				28 / 44	103	15	9	3,00 / 5,85
Сенегал	61	50,8 / 55,1	474	79 / 70	75 / 69	21 / 14	53 / 72	86	13	8	0,19 / 0,54
Сьерра-Леоне	177	33,1 / 35,5	1 297	106 / 80		29 / 24		212	4	4	2,50 / 7,55
Того	81	48,2 / 51,1	752	138 / 110	78 / 69	54 / 24	28 / 57	81	24	7	2,05 / 5,90
АЗИЯ	**53**	**65,5 / 69,0**						**35**	**64**	**58**	
ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ (7)	34	69,7 / 74,7						5	82	81	
Китай	37	68,9 / 73,3	56	105 / 108		66 / 60	8 / 22	5	84	83	0,16 / 0,09
Корейская Народно-Демократическая Республика	45	60,5 / 66,0	131					2	62	53	
Гонконг Китай (8)	4	77,3 / 82,8					3 / 11	6	86	80	
Япония	3	77,9 / 85,1	9 [9]	101 / 101		102 / 103		4	59	53	0,02 / 0,04
Монголи	58	61,9 / 65,9	225	97 / 101		55 / 67	1 / 2	54	60	46	
Республика Корея	5	71,8 / 79,3	20	101 / 101		94 / 94	1 / 4	3	81	67	0,03 / 0,01
ЮГО-ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ	41	64,4 / 69,1						42	58	49	
Камбоджа	73	55,2 / 59,5	404	117 / 103	63 / 63	24 / 13	20 / 43	60	24	19	0,99 / 2,50
Индонезия	42	64,8 / 68,8	226	111 / 109	92 / 102	58 / 56	8 / 18	55	57	55	0,07 / 0,06
Лаосская Народно-Демократическая Республика	88	53,3 / 55,8	622	121 / 104	58 / 60	44 / 31	24 / 47	91	32	29	0,05 / 0,03
Малайзия	10	70,8 / 75,7	41	99 / 99		67 / 74	9 / 17	18	55	30	0,70 / 0,12
Мьянма	83	54,6 / 60,2	402	89 / 89	65 / 64	40 / 38	11 / 20	24	33	28	
Филиппины	29	68,0 / 72,0	213	113 / 113		74 / 81	5 / 5	38	47	28	0,02 / 0,02
Сингапур	3	75,9 / 80,3	3				4 / 12	6	74	73	0,15 / 0,16
Таиланд	20	65,3 / 73,5	44	97 / 93	96 / 99	84 / 80	3 / 6	49	72	70	1,09 / 1,65
Вьетнам	34	66,9 / 71,6	125	109 / 102		70 / 64	6 / 9	21	75	56	0,32 / 0,17
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ	68	62,5 / 63,9						54	48	41	
Афганистан	162	43,0 / 43,3	1 276	29 / 0				111	5	4	
Бангладеш	64	61,0 / 61,8	377	100 / 101	68 / 76	45 / 47	51 / 70	117	54	43	0,01 / 0,01
Бутан	54	62,0 / 64,5	488		89 / 92			54	19	19	
Индия	64	63,2 / 64,6	540	111 / 92	70 / 65	57 / 40	32 / 55	45	48	43	0,34 / 0,71
Иран (Исламская Республика)	33	68,9 / 71,9	76	88 / 85	99 / 98	81 / 75	17 / 31	33	73	56	0,05 / 0,01
Непал	71	60,1 / 59,6	905	128 / 108	67 / 76	58 / 43	41 / 76	117	39	35	0,27 / 0,28
Пакистан	87	61,2 / 60,9	476	93 / 54		29 / 19	43 / 72	50	28	20	0,06 / 0,05
Шри-Ланка	20	69,9 / 75,9	92	107 / 104		70 / 74	6 / 11	22	66	44	0,03 / 0,04
ЗАПАДНАЯ АЗИЯ	44	67,1 / 71,3						47	47	28	
Ирак	83	59,2 / 62,3	336	111 / 91		47 / 29	45 / 77	38	14	10	
Израиль	6	77,1 / 81,0	4	114 / 114		94 / 93	3 / 7	17	68	52	
Иордания	24	69,7 / 72,5	41	101 / 101	98 / 97	86 / 89	5 / 16	27	53	38	
Кувейт	11	74,9 / 79,0	7	85 / 84		55 / 56	16 / 20	31	50	41	
Ливан	17	71,9 / 75,1	126	101 / 97	95 / 99	72 / 79	8 / 20	25	61	37	
Оккупированная палестинская территория	21	70,8 / 74,0	57	107 / 109		80 / 86		94			
Оман	20	71,0 / 74,4	99	74 / 71	95 / 97	69 / 67	20 / 38	66	24	18	

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Ж	Дети, посещающие последний класс начальной школы М / Ж	Число детей принятых в среднюю школу (итого) М / Ж	Число грамотных (%) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы: Любой метод	Контрацептивные методы: Современные методы	Коэффициент распространения ВИЧ (%) (15 лет-24 года) М / Ж
Саудовская Аравия	21	71,1 / 73,7	23	69 / 66	94 / 94	71 / 64	17 / 33	38	32	29	
Сирийская Арабская Республика	22	70,6 / 73,1	154	113 / 105		46 / 41	12 / 40	34	36	28	
Турция (10)	40	68,0 / 73,2	88	105 / 96		67 / 48	7 / 24	43	64	38	
Объединенные Арабские Эмираты	14	73,3 / 77,4	77	99 / 99	98 / 98	71 / 80	25 / 21	51	28	24	
Йемен	71	58,9 / 61,1	488	96 / 61		69 / 25	32 / 75	111	21	10	
ЕВРОПА	**9**	**70,1 / 78,2**						**20**	**67**	**49**	
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА	14	64,0 / 74,4						29	61	35	
Болгария	15	67,4 / 74,6	28	105 / 102		95 / 93	1 / 2	41	42	25	
Чешская Республика	6	72,1 / 78,7	9	105 / 104	101 / 100	93 / 96		17	72	63	
Венгрия	9	67,7 / 76,0	10	103 / 101		98 / 99	1 / 1	21	77	68	0,10 / 0,02
Польша	9	69,8 / 78,0	9	100 / 99	99 / 99	103 / 100	0 / 0	16	49	19	0,09 / 0,05
Румыния	20	67,0 / 74,2	58	100 / 98		82 / 83	1 / 3	37	64	30	
Словакия	8	69,8 / 77,6	11	103 / 103		87 / 88		24	74	41	
СЕВЕРНАЯ ЕВРОПА (11)	5	74,9 / 80,5						17	78	75	
Дания	5	74,2 / 79,1	8	102 / 102		125 / 131		7	78	72	0,14 / 0,07
Эстония	9	66,5 / 76,8	39	105 / 101	100 / 99	91 / 92	0 / 0	26	70	56	2,50 / 0,62
Финляндия	4	74,4 / 81,5	5	102 / 101	99 / 101	120 / 133		8	77	75	0,04 / 0,03
Ирландия	6	74,4 / 79,6	24	120 / 119	98 / 99			15			0,06 / 0,05
Латвия	14	65,6 / 76,2	55	101 / 100		90 / 92	0 / 0	24	48	39	0,93 / 0,24
Литва	9	67,5 / 77,6	19	102 / 101		96 / 95	0 / 1	26	47	31	0,16 / 0,05
Норвегия	5	76,0 / 81,9	14	101 / 102		113 / 116		11	74	69	0,08 / 0,04
Швеция	3	77,6 / 82,6	4	109 / 111		132 / 166		7	78	72	0,07 / 0,05
Соединенное Королевство	5	75,7 / 80,7	10	99 / 99		144 / 169		20	82	82	0,10 / 0,05
ЮЖНАЯ ЕВРОПА (12)	7	74,6 / 81,0						11	68	48	
Албания	25	70,9 / 76,7	73	107 / 107		77 / 80	8 / 23	16	58	15	
Босния и Герцеговина	14	71,3 / 76,7	29					23	48	16	
Хорватия	8	70,3 / 78,1	12				1 / 3	19			
Греция	6	75,7 / 80,9	8	99 / 99		98 / 99	2 / 4	10			0,14 / 0,07
Италия	5	75,5 / 81,9	10	101 / 100	99 / 98	97 / 95	1 / 2	6	60	39	0,29 / 0,26
Македония (бывшая югославская Республика)	16	71,4 / 75,8	12	99 / 99		85 / 83		34			
Португалия	6	72,6 / 79,6	9	122 / 120		111 / 117	5 / 10	17	66	33	0,41 / 0,19
Сербия и Черногория	13	70,9 / 75,6	14					26	58	33	
Словения	6	72,6 / 79,8	11	101 / 100			0 / 0	8	74	59	
Испания	5	75,9 / 82,8	20	105 / 105		113 / 119	1 / 3	6	81	67	0,52 / 0,24
ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА (13)	5	75,3 / 81,7						10	74	71	
Австрия	5	75,4 / 81,5	4	104 / 103		101 / 97		12	51	47	0,23 / 0,12
Бельгия	4	75,7 / 81,9	10	105 / 104				9	78	74	0,12 / 0,12
Франция	5	75,2 / 82,8	22	106 / 104	98 / 99	107 / 108		9	75	69	0,26 / 0,18
Германия	5	75,2 / 81,2	11	104 / 104		100 / 99		11	75	72	0,10 / 0,05
Нидерланды	5	75,6 / 81,0	10	109 / 106		126 / 122		5	79	76	0,20 / 0,09
Швейцария	5	75,9 / 82,3	6	108 / 107	101 / 101	103 / 96		5	82	78	0,46 / 0,40
ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА И КАРИБСКИЙ БАССЕЙН	**32**	**67,1 / 73,9**						**72**	**69**	**60**	
КАРИБСКИЙ БАССЕЙН (14)	35	64,9 / 69,0						71	59	56	
Куба	7	74,8 / 78,7	33	104 / 100	95 / 96	83 / 87	3 / 3	65	70	67	0,09 / 0,05
Доминиканская Республика	36	64,4 / 69,2	150	126 / 122	71 / 79	53 / 67	16 / 16	93	64	59	2,10 / 2,75
Гаити	63	49,0 / 50,0	661				48 / 52	64	27	21	4,05 / 4,95

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Ж	Дети, посещающие последний класс начальной школы М / Ж	Число детей принятых в среднюю школу (итого) М / Ж	Число грамотных (%) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы: Любой метод	Контрацептивные методы: Современные методы	Коэффициент распространения ВИЧ (%) (15 лет-24 года) М / Ж
Ямайка	20	73,7 / 77,8	87	100 / 99	87 / 91	82 / 85	17 / 9	79	66	63	0,82 / 0,85
Пуэрто-Рико	10	71,2 / 80,1	19				6 / 6	63	78	68	
Тринидад и Тобаго	14	68,4 / 74,4	82	101 / 99	98 / 101	78 / 84	1 / 2	36	53	44	2,45 / 3,25
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АМЕРИКА	30	69,5 / 75,4						76	63	55	
Коста-Рика	10	75,8 / 80,6	21	108 / 105	77 / 84	58 / 63	5 / 4	78	75	65	0,59 / 0,27
Сальвадор	26	67,7 / 73,7	145	112 / 107	69 / 72	50 / 50	18 / 24	87	60	54	0,75 / 0,36
Гватемала	41	63,0 / 68,9	270	106 / 98		39 / 35	24 / 39	111	38	31	0,90 / 0,83
Гондурас	32	66,5 / 71,4	108	105 / 107			25 / 25	103	50	41	1,18 / 1,50
Мексика	28	70,4 / 76,4	70	114 / 113	88 / 89	73 / 77	7 / 11	64	67	58	0,37 / 0,09
Никарагуа	36	67,2 / 71,9	233	103 / 104	45 / 53	50 / 58	34 / 33	135	60	57	0,23 / 0,08
Панама	21	72,3 / 77,4	94	113 / 110	92 / 92	67 / 71	7 / 9	89	58	54	1,90 / 1,25
ЮЖНАЯ АМЕРИКА (15)	32	66,5 / 73,9						71	73	63	
Аргентина	20	70,6 / 77,7	75	120 / 120	90 / 90	94 / 100	3 / 3	61			0,85 / 0,34
Боливия	56	61,8 / 66,0	360	117 / 115	84 / 81	81 / 78	8 / 21	81	53	27	0,11 / 0,06
Бразилия	38	64,0 / 72,6	277	166 / 159		103 / 114	13 / 13	73	77	70	0,64 / 0,48
Чили	12	73,0 / 79,0	33	104 / 101	101 / 101	86 / 64	4 / 4	44			0,36 / 0,13
Колумбия	26	69,2 / 75,3	92	113 / 112	68 / 73	67 / 73	8 / 8	80	77	64	0,88 / 0,19
Эквадор	41	68,3 / 73,5	185	115 / 115	76 / 79	57 / 58	7 / 10	66	66	50	0,31 / 0,15
Парагвай	37	68,6 / 73,1	106	113 / 110	74 / 79	59 / 61	6 / 8	75	57	48	
Перу	33	67,3 / 72,4	406	128 / 127	88 / 88	83 / 78	5 / 15	55	69	50	0,42 / 0,18
Уругвай	13	71,6 / 78,9	33	110 / 109	93 / 88	92 / 105	3 / 2	70			0,53 / 0,20
Венесуэла	19	70,9 / 76,7	89	103 / 101	88 / 94	54 / 65	7 / 8	95	49	38	
СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА (16)	**7**	**74,5 / 80,1**						**50**	**76**	**71**	
Канада	5	76,7 / 81,9	7	98 / 99		102 / 103		16	75	73	0,28 / 0,18
Соединенные Штаты Америки	7	74,3 / 79,9	12	101 / 101		95 / 96		53	76	71	0,48 / 0,23
ОКЕАНИЯ	**26**	**71,8 / 76,6**						**32**	**62**	**58**	
АВСТРАЛИЯ-НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ	6	76,3 / 81,8						17	76	72	
Австралия (17)	6	76,4 / 82,0	7 [9]	102 / 102		160 / 161		16	76	72	0,12 / 0,02
Меланезия (18)	53	59,3 / 61,7						63			
Новая Зеландия	6	75,8 / 80,7	5 [9]	100 / 100		109 / 116		27	75	72	0,05 / 0,02
Папуа-Новая Гвинея	62	56,8 / 58,7	486	88 / 80		24 / 18	29 / 43	67	26	20	0,33 / 0,39
СТРАНЫ С ПЕРЕХОДНОЙ ЭКОНОМИКОЙ, ВХОДИВШИЕ В СОСТАВ БЫВШЕГО СССР (19)											
Армения	17	69,0 / 75,6	51	78 / 79		71 / 76	1 / 2	34	61	22	0,23 / 0,06
Азербайджан	29	68,7 / 75,5	123	97 / 99		80 / 80		36	55	16	0,06 / 0,02
Беларусь	11	64,9 / 75,3	35	109 / 108	71 / 73	83 / 86	0 / 0	27	50	42	0,59 / 0,20
Грузия	18	69,5 / 77,6	89	95 / 96		72 / 74		33	41	20	0,08 / 0,02
Казахстан	52	60,9 / 71,9	155	99 / 98		90 / 87	0 / 1	45	66	53	0,13 / 0,03
Кыргызстан	37	64,8 / 72,3	113	103 / 100		86 / 86		33	60	49	
Республика Молдова	18	65,5 / 72,2	46	84 / 84		70 / 72	0 / 2	43	62	43	0,46 / 0,14
Российская Федерация	16	60,8 / 73,1	64			80 / 86	0 / 1	30			1,85 / 0,66
Таджикистан	50	66,2 / 71,4	186	108 / 100		86 / 71	0 / 1	25	34	27	
Туркменистан	49	63,9 / 70,4	128					17	62	53	
Украина	14	64,7 / 74,7	39	79 / 77		111 / 99	0 / 1	38	68	38	1,95 / 0,87
Узбекистан	37	66,8 / 72,5	115				0 / 1	54	67	63	0,01 / <0,01

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (2003 г)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средние темпы роста населения (%) (2000-2005 г.)	Доля городского населения (%) (2001 г.)	Темпы роста городского населения (2000-2005 г.)	Народонаселение/га пахотных земель	Общий показатель фертильности (2000-2005 г.)	Роды с помощью квалифицированных акушерок (%)	Паритет покупательной силы (2000 г.)	Expndtrs/ primary student (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 дет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Итого в мире	**6 301,5**	**8 918,7**	**1,2**	**48**	**2,1**		**2,69**					**(1 753 151)**	**81 / 81**		
Более развитые регионы (*)	**1 203,3**	**1 219,7**	**0,2**	**76**	**0,4**		**1,56**						**10 / 9**		
Менее развитые регионы (+)	**5 098,2**	**7 699,1**	**1,5**	**41**	**2,8**		**2,92**						**89 / 89**		
Наименее развитые страны (‡)	**718,1**	**1 674,5**	**2,4**	**26**	**4,6**		**5,13**						**165 / 156**		
АФРИКА (1)	**850,6**	**1 803,3**	**2,2**	**38**	**3,8**		**4,91**					**523 589** [20]	**154 / 143**		
ВОСТОЧНАЯ АФРИКА	270,3	614,5	2,2	25	4,7		5,61						171 / 156		
Бурунди	6,8	19,5	3,1	9	6,4	4,6	6,80	19	590	10,9	1,7	1 146	198 / 178		78
Эритрея	4,1	10,5	3,7	19	6,3	5,7	5,43	21	970	11,1	2,3	3 028	108 / 104		46
Эфиопия	70,7	171,0	2,5	16	4,6	4,8	6,14	10	710	26,5	4,7	31 512	181 / 165	291	23
Кения	32,0	44,0	1,5	34	4,6	5,1	4,00	44	1 020	0,4	2,7	32 733	125 / 110	515	58
Мадагаскар	17,4	46,3	2,8	30	4,9	3,4	5,70	46	870	3,9	5,1	7 386	150 / 144		47
Малави	12,1	25,9	2,0	15	4,6	3,9	6,10	55	620		2,5	25 430	192 / 181		52
Маврикий (2)	1,2	1,5	1,0	42	1,6	1,3	1,95	99	10 410	10,1	3,4	91	21 / 15		100
Мозамбик	18,9	31,3	1,8	33	5,1	3,4	5,63	44	1 000		1,3	23 388	223 / 207	403	54
Руанда	8,4	17,0	2,2	6	4,2	6,0	5,74	31	1 000	6,9	2,7	11 007	189 / 168		41
Сомали	9,9	39,7	4,2	28	5,8	5,9	7,25				0,9		203 / 187		
Уганда	25,8	103,2	3,2	15	5,7	2,6	7,10	38	1 250		1,5	37 434	154 / 139		52
Объединенная Республика Танзания	37,0	69,1	1,9	33	5,3	5,5	5,11	36	540		2,8	26 995	170 / 153	457	68
Замбия	10,8	18,5	1,2	40	2,7	1,4	5,64	47	790		3,5	28 041	194 / 177	619	64
Зимбабве	12,9	12,7	0,5	36	3,7	2,4	3,90	73	2 340	13,2	3,1	21 733	118 / 109	809	83
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА (3)	100,6	266,3	2,7	36	4,4		6,28						218 / 196		
Ангола	13,6	43,1	3,2	35	4,8	2,9	7,20	23	1 550		2,0	7 015	259 / 234	584	38
Камерун	16,0	24,9	1,8	50	3,6	1,1	4,61	56	1 670	8,3	1,1	4 541	155 / 142	427	58
Центральноафриканская Республика	3,9	6,6	1,3	42	2,8	1,3	4,92	44	1 180			764	189 / 157		70
Чад	8,6	25,4	3,0	24	4,7	1,7	6,65	16	930	9,5	1,4	3 044	209 / 192		27
Конго Демократическая Республика (4)	52,8	151,6	2,9	31	4,9	4,1	6,70				3,2	3 182	230 / 208	292	45
Конго Республика	3,7	10,6	2,6	66	4,0	5,6	6,29		580	9,9	1,1	863	137 / 113	296	53
Габон	1,3	2,5	1,8	82	3,4	0,9	3,99		5 460	4,6	7,2	435	97 / 87	1 271	87
СЕВЕРНАЯ АФРИКА (5)	183,6	306,0	1,9	49	2,7		3,21					72 914 [21]	70 / 61		
Алжир	31,8	48,7	1,7	58	2,7	0,9	2,80	77	5 150		3,0	3 005	52 / 45	956	89
Египет	71,9	127,4	2,0	43	1,8	7,6	3,29	61	3 790		1,2	55 162	52 / 44	726	97
Ливийская Арабская Джамахирия	5,6	9,2	1,9	88	2,5	0,1	3,02	94			3,1	0	23 / 23	3 107	72
Марокко	30,6	47,1	1,6	56	2,9	1,1	2,75	40	3 690	20,5	4,6	7 156	58 / 46	359	80
Судан	33,6	60,1	2,2	37	4,7	1,2	4,39	86	1 610	45,6	1,0	3 347	131 / 123	521	75
Тунис	9,8	12,9	1,1	66	2,1	0,5	2,01	90	6 450	16,2		2 528	29 / 24	825	81
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ АФРИКИ	51,7	46,6	0,6	55	2,1		2,79						93 / 83		
Ботсвана	1,8	1,4	0,9	49	1,4	1,8	3,70	99	8 810		3,8	1 159	108 / 100		95
Лесото	1,8	1,4	0,1	29	3,4	2,4	3,84	60	2 670	27,0		753	158 / 146		78
Намибия	2,0	2,7	1,4	31	3,3	1,1	4,56	76	6 700	20,7	0,4	3 571	113 / 102	587	77
Южная Африка	45,0	40,2	0,6	58	2,1	0,4	2,61	84	9 510	14,0	3,7	27 792	85 / 75	2 514	88
Свазиленд	1,1	0,9	0,8	27	2,2	1,6	4,54	56	4 690	8,5	3,0	557	155 / 138		
ЗАПАДНАЯ АФРИКА (6)	244,4	569,9	2,6	40	4,3		5,56						153 / 148		
Бенин	6,7	15,6	2,6	43	4,5	1,5	5,66	60	1 030	10,3	1,6	5 390	166 / 146	377	63
Буркина-Фасо	13,0	42,4	3,0	17	5,1	2,8	6,68	31	1 020		3,0	7 306	165 / 155		42
Кот-д'Ивуар	16,6	27,6	1,6	44	3,0	1,1	4,73	47	1 470	14,7	4,4	3 276	182 / 164	433	81
Гамбия	1,4	2,9	2,7	31	4,4	4,4	4,70	44	1 730		2,1	801	140 / 128		61

	Общая численность населения (млн.) (2003 г)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средние темпы роста населения (%) (2000-2005 г.)	Доля городского населения (%) (2001 г.)	Темпы роста городского населения (2000-2005 г.)	Народонаселение/га пахотных земель	Общий показатель фертильности (2000-2005 г.)	Роды с помощью квалифицированных акушерок (%)	Паритет покупательной силы (2000 г.)	Expndtrs/ primary student (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Гана	20,9	39,5	2,2	36	3,1	1,9	4,11	44	1 980		8,0	16 997	99 / 88	400	73
Гвинея	8,5	19,6	1,6	28	3,1	4,6	5,82	35	1 980	9,5	2,3	6 915	175 / 176		46
Гвинея-Бисау	1,5	4,7	2,9	32	4,8	2,8	7,10	25	710		1,9	574	221 / 198		59
Либерия	3,4	9,8	4,0	46	6,8	3,3	6,80				5,2	2 433	238 / 221		
Мали	13,0	46,0	3,0	31	5,1	2,0	7,00	24	810	13,7	6,3	11 804	184 / 178		65
Мавритания	2,9	7,5	3,0	59	5,1	2,8	5,79	40	1 680	11,7	5,8	1 965	163 / 150		36
Нигер	12,0	53,0	3,6	21	6,0	2,1	8,00	16	770	22,3	1,8	2 827	207 / 213		59
Нигерия	124,0	258,5	2,5	45	4,4	1,2	5,42	42	830		0,0	39 199	133 / 133	710	62
Сенегал	10,1	21,6	2,4	48	4,0	2,9	4,97	51	1 560	13,6	2,6	12 084	116 / 108	324	78
Сьерра-Леоне	5,0	10,3	3,8	37	6,3	5,0	6,50	42	480		2,6	1 120	321 / 293		57
Того	4,9	10,0	2,3	34	4,2	1,0	5,33	51	1 420	11,6	1,5	1 601	145 / 128	338	54
АЗИЯ	**3 823,4**	**5 222,1**	**1,3**	**38**	**2,7**		**2,55**					**383 548**	**68 / 73**		
ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ (7)	1 512,3	1 590,1	0,7	43	2,6		1,78						36 / 44		
Китай	1 304,2	1 395,2	0,7	37	3,2	6,3	1,83	70	4 260	6,1	3,1	12 305	39 / 47	905	76
Корейская Народно-Демократическая Республика	22,7	25,0	0,5	61	1,2	3,4	2,02				8,0	354	61 / 55	2 071	100
Гонконг Китай (8)	7,0	9,4	1,1	100	1,2	5,0	1,00		26 050		4,3		5 / 5	2 319	
Япония	127,7	109,7	0,1	79	0,4	1,0	1,32	100	27 430	21,3	2,6	(130 674) [22]	5 / 4	4 136	
Монголи	2,6	3,8	1,3	57	1,3	0,5	2,42	93	1 800		3,6	2 147	88 / 83		57
Республика Корея	47,7	46,4	0,6	83	1,3	2,1	1,41	98	18 110	18,3	1,6	0	8 / 6	4 119	92
ЮГО-ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ	543,2	767,2	1,4	38	3,3		2,55						61 / 49		
Камбоджа	14,1	29,6	2,4	18	5,5	2,4	4,77	34	1 520	3,2	2,0	16 727	115 / 99		31
Индонезия	219,9	293,8	1,3	42	3,6	2,8	2,35	56	2 940	3,2	0,9	32 589	59 / 46	706	78
Лаосская Народно-Демократическая Республика	5,7	11,4	2,3	20	4,6	4,2	4,78	21	1 610	6,5	2,2	2 490	144 / 137		35
Малайзия	24,4	39,6	1,9	58	2,9	0,5	2,90	96	8 340	11,2	3,6	206	15 / 11	2 126	39
Мьянма	49,5	64,5	1,3	28	2,9	3,2	2,86	56		1,6	2,7	3 135	137 / 118	262	72
Филиппины	80,0	127,0	1,8	59	3,2	3,0	3,18	56	4 360	14,3	1,6	45 132	40 / 30	554	86
Сингапур	4,3	4,5	1,7	100	1,7	6,0	1,36				1,3	0	4 / 4	6 120	100
Таиланд	62,8	77,1	1,0	20	2,1	1,7	1,93		6 550	12,5	2,1	2 841	31 / 19	1 212	84
Вьетнам	81,4	117,7	1,3	25	3,1	7,2	2,30	70	2 130	7,3	1,3	17 240	52 / 37	471	75
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ	1 563,2	2 463,9	1,7	30	2,6		3,25						89 / 98		
Афганистан	23,9	69,5	3,9	22	5,7	1,8	6,80				0,6	1 928	278 / 283		13
Бангладеш	146,7	254,6	2,0	26	4,3	9,0	3,46	13	1 680	7,3	1,4	83 566	85 / 90	142	98
Бутан	2,3	5,3	3,0	7	5,9	12,2	5,02	15	1 530		3,7	1 431	82 / 78		62
Индия	1 065,5	1 531,4	1,5	28	2,3	3,2	3,01	42	2 450	7,2	7,5	77 910	78 / 90	494	83
Иран (Исламская Республика)	68,9	105,5	1,2	65	2,4	1,1	2,33	86	6 230	10,3	0,6	1 539	39 / 39	1 771	93
Непал	25,2	50,8	2,2	12	5,1	7,2	4,26	12	1 450	14,2	4,2	17 342	91 / 106	343	88
Пакистан	153,6	348,7	2,4	33	3,5	3,3	5,08	20	1 920		0,9	22 992	121 / 135	463	90
Шри-Ланка	19,1	21,2	0,8	23	2,4	4,6	2,01	94	3 560		1,8	3 139	30 / 16	437	76
ЗАПАДНАЯ АЗИЯ	204,7	400,8	2,1	65	2,5		3,45					47 102	60 / 53		
Ирак	25,2	57,9	2,7	67	2,7	0,4	4,77	54			2,6	326	112 / 103	1 190	80
Израиль	6,4	10,0	2,0	92	2,2	0,4	2,70	99		21,2	5,1	0	9 / 9	3 241	
Иордания	5,5	10,2	2,7	79	3,0	1,4	3,57	97	4 080	13,7	6,0	11 570	28 / 26	1 061	97
Кувейт	2,5	4,9	3,5	96	2,6	2,1	2,66	98			2,7	9	13 / 13	10 529	
Ливан	3,7	4,9	1,6	90	1,9	0,4	2,18	89	4 640	10,5	1,9	1 902	22 / 17	1 169	100
Оккупированная палестинская территория	3,6	11,1	3,6	67	4,1		5,57	97				4 772	27 / 21		93
Оман	2,9	6,8	2,9	77	4,0	11,4	4,96	91		11,4	2,3	17 739	26 / 20	4 046	38

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (2003 г)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средние темпы роста населения (%) (2000-2005 г.)	Доля городского населения (%) (2001 г.)	Темпы роста городского населения (2000-2005 г.)	Народонаселение/га пахотных земель	Общий показатель фертильности (2000-2005 г.)	Роды с помощью квалифицированных акушерок (%)	Паритет покупательной силы (2000 г.)	Expndtrs/ primary student (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Саудовская Аравия	24,2	54,7	2,9	87	3,6	0,5	4,53	91			4,2	0	26 / 23	5 081	95
Сирийская Арабская Республика	17,8	34,2	2,4	52	3,3	0,8	3,32	76	3 440	12,9	1,6	840	28 / 25	1 137	80
Турция (10)	71,3	97,8	1,4	66	1,9	0,8	2,43	81	6 640	17,6	3,6	2 799	56 / 43	1 181	83
Объединенные Арабские Эмираты	3,0	4,1	1,9	87	2,2	0,5	2,82	96		8,5	2,5	8	17 / 14	10 175	
Йемен	20,0	84,4	3,5	25	5,3	5,6	7,01	22	770			7 136	100 / 95	201	70
ЕВРОПА	**726,3**	**631,9**	**-0,1**	**74**	**0,3**		**1,38**						**12 / 10**		
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА	300,3	221,7	-0,5	68	-0,5		1,18					21 809 [21,23]	20 / 16		
Болгария	7,9	5,3	-0,8	70	-0,9	0,1	1,10		5 950	15,2	3,0	74	21 / 17	2 299	100
Чешская Республика	10,2	8,6	-0,1	67	0,0	0,3	1,16	99	14 550	12,5	4,3	0	6 / 6	3 931	
Венгрия	9,9	7,6	-0,5	65	-0,1	0,2	1,20		12 570	17,7		0	12 / 10	2 448	99
Польша	38,6	33,0	-0,1	63	0,3	0,5	1,26	99	9 280	26,5	4,2	113	11 / 10	2 328	
Румыния	22,3	18,1	-0,2	55	0,1	0,3	1,32	99	6 980	19,9	1,9	1 697	28 / 22	1 619	57
Словакия	5,4	4,9	0,1	58	0,4	0,3	1,28		11 610	10,8	5,3	0	10 / 10	3 234	100
СЕВЕРНАЯ ЕВРОПА (11)	94,8	100,1	0,2	84	0,2		1,61						7 / 6		
Дания	5,4	5,3	0,2	85	0,2	0,1	1,77	100	27 950	23,4	6,6	(4 460)	7 / 6	3 643	
Эстония	1,3	0,7	-1,1	69	-1,1	0,1	1,22		10 020	24,5	2,8	67	13 / 9	3 303	
Финляндия	5,2	4,9	0,2	59	0,1	0,1	1,73	100	25 180	17,3	2,5	(19 766)	5 / 4	6 409	100
Ирландия	4,0	5,0	1,1	59	1,4	0,4	1,90	100	27 460	13,3	2,2	(4 240)	7 / 7	3 854	
Латвия	2,3	1,3	-0,9	60	-0,6	0,2	1,10	100	7 870	23,6	3,3	51	19 / 16	1 541	
Литва	3,4	2,5	-0,6	69	0,0	0,2	1,25		7 610	61,4	1,6	48	13 / 10	2 032	
Норвегия	4,5	4,9	0,4	75	0,7	0,3	1,80	100	30 440	29,2	6,7	(59 957)	6 / 5	5 704	
Швеция	8,9	8,7	0,1	83	-0,1	0,1	1,64	100	24 670	23,5	6,5	(73 142)	5 / 4	5 354	100
Соединенное Королевство	59,3	66,2	0,3	90	0,3	0,2	1,60		24 460	14,0	5,9	(169 602)	7 / 6	3 962	
ЮЖНАЯ ЕВРОПА (12)	146,4	125,6	0,1	67	0,4		1,32						10 / 9		
Албания	3,2	3,7	0,7	43	2,1	2,2	2,28		3 880		2,1	1 363	37 / 31	521	97
Босния и Герцеговина	4,2	3,6	1,1	43	2,2	0,3	1,30	100			3,1	189	17 / 14	1 096	
Хорватия	4,4	3,6	-0,2	58	0,8	0,2	1,65	100	8 440		1,0	0	10 / 8	1 775	
Греция	11,0	9,8	0,1	60	0,5	0,4	1,27		17 860	16,0	2,3		8 / 7	2 635	
Италия	57,4	44,9	-0,1	67	0,1	0,3	1,23		24 340	21,2	8,3	(24 921)	7 / 6	2 974	
Македония (бывшая югославская Республика)	2,1	2,2	0,5	59	0,4	0,4	1,90	97	4 860		5,3		19 / 18		
Португалия	10,1	9,0	0,1	66	1,9	0,5	1,45	98	17 270	20,5	5,8	(400)	9 / 8	2 459	
Сербия и Черногория	10,5	9,4	-0,1	52	0,2	0,6	1,65	99			2,9	3 478	17 / 14	1 289	98
Словения	2,0	1,6	-0,1	49	-0,1	0,2	1,14	100	18 160		6,8	0	8 / 7	3 288	
Испания	41,1	37,3	0,2	78	0,3	0,2	1,15		20 150	18,8	5,4	(6 208)	7 / 6	3 084	
ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА (13)	184,9	184,5	0,2	83	0,3		1,58						6 / 6		
Австрия	8,1	7,4	0,0	67	0,2	0,3	1,28	100	27 080	25,1	5,6	(870)	6 / 5	3 524	100
Бельгия	10,3	10,2	0,2	97	0,2	0,2 [24]	1,66	100	28 210	17,0	6,2	(15 768)	6 / 6	5 776	
Франция	60,1	64,2	0,5	76	0,6	0,1	1,89	99	25 280	18,0	5,0	(12 360)	6 / 6	4 366	
Германия	82,5	79,1	0,1	88	0,2	0,2	1,35	100	25 530	17,8	0,8	(96 398) [25]	6 / 6	4 131	
Нидерланды	16,1	17,0	0,5	90	0,5	0,6	1,72	100	26 440	15,4	0,9	(170 077)	7 / 6	4 762	100
Швейцария	7,2	5,8	0,0	68		1,1	1,41		31 320	23,2	6,0	(16 074)	7 / 5	3 704	100
ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА И КАРИБСКИЙ БАССЕЙН	**543,2**	**767,7**	**1,4**	**76**	**1,9**		**2,53**					**155 279**	**45 / 36**		
КАРИБСКИЙ БАССЕЙН (14)	38,7	45,8	0,9	63	1,6		2,39						62 / 53		
Куба	11,3	10,1	0,3	76	0,5	0,4	1,55	100		34,7	8,0	455	12 / 8	1 180	91
Доминиканская Республика	8,7	11,9	1,5	66	2,4	0,9	2,71	99	5 870		4,3	6 742	58 / 48	932	86

	Общая численность населения (млн.) (2003 г)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средние темпы роста населения (%) (2000-2005 г.)	Доля городского населения (%) (2001 г.)	Темпы роста городского населения (2000-2005 г.)	Народонаселение/га пахотных земель	Общий показатель фертильности (2000-2005 г.)	Роды с помощью квалифицированных акушерок (%)	Паритет покупательной силы (2000 г.)	Expndtrs/ primary student (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Гаити	8,3	12,4	1,3	36	3,3	5,6	3,98	27	1 450		4,2	11 419	119 / 104	256	58
Ямайка	2,7	3,7	0,9	57	1,8	1,9	2,36	95	3 650	16,2	6,0	5 066	28 / 21	1 524	92
Пуэрто-Рико	3,9	3,7	0,5	76	1,3	1,4	1,89					0	14 / 11		
Тринидад и Тобаго	1,3	1,2	0,3	75	1,0	0,9	1,55	99	9 080	16,2	2,6	331	21 / 16	6 660	
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АМЕРИКА	142,3	211,8	1,7	69	2,0		2,76						41 / 34		
Коста-Рика	4,2	6,5	1,9	60	2,9	1,7	2,28	98	8 080	14,9	1,5	419	14 / 11	861	96
Сальвадор	6,5	9,8	1,6	62	3,5	2,6	2,88	90	4 500	2,0	1,8	5 057	38 / 31	651	81
Гватемала	12,3	26,2	2,6	40	3,4	3,0	4,41	41	3 850	4,9	3,4	7 578	58 / 51	628	92
Гондурас	6,9	12,6	2,3	54	4,0	1,6	3,72	55	2 450		6,0	12 998	53 / 43	469	89
Мексика	103,5	140,2	1,5	75	1,7	0,9	2,50	86	8 770	11,7	1,9	16 214	37 / 31	1 567	88
Никарагуа	5,5	10,9	2,4	57	3,3	0,4	3,75	65		20,5	2,3	11 888	50 / 40	542	77
Панама	3,1	5,1	1,8	57	2,0	1,0	2,70	90	5 720	15,8	5,3	318	31 / 23	892	90
ЮЖНАЯ АМЕРИКА (15)	362,3	510,1	1,4	80	1,9		2,45						45 / 35		
Аргентина	38,4	52,8	1,2	88	1,4	0,1	2,44	98	11 690	12,5	4,7	1 045	26 / 21	1 660	94
Боливия	8,8	15,7	1,9	63	3,0	1,6	3,82	59	2 380	13,3	4,9	16 682	77 / 67	592	83
Бразилия	178,5	233,1	1,2	82	1,9	0,4	2,21	92	7 450	12,5	3,4	10 602	52 / 39	1 077	87
Чили	15,8	21,8	1,2	86	1,5	1,1	2,35	100	9 420	13,9	2,5	108	15 / 12	1 604	93
Колумбия	44,2	67,5	1,6	76	2,3	1,9	2,62	86	5 984		1,9	1 259	35 / 30	681	92
Эквадор	13,0	18,7	1,5	63	2,4	1,2	2,76	99	3 070	4,3	1,8	6 600	60 / 49	647	85
Парагвай	5,9	12,1	2,4	57	3,6	0,9	3,84	71	4 400	10,9	3,0	2 201	51 / 39	715	78
Перу	27,2	41,1	1,5	73	2,1	1,8	2,86	56	4 680	8,0	2,8	20 085	57 / 47	489	80
Уругвай	3,4	4,1	0,7	92	0,9	0,3	2,30	100	8 710	8,2	5,1	107	18 / 13	923	98
Венесуэла	25,7	41,7	1,9	87	2,1	0,7	2,72	95	5 890		2,7	459	25 / 20	2 452	83
СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА (16)	**325,7**	**447,9**	**1,0**	**78**	**1,2**		**2,05**						**8 / 8**		
Канада	31,5	39,1	0,8	79	1,1	0,0	1,48	100	27 870		6,6	(37 441)	7 / 6	8 156	100
Соединенные Штаты Америки	294,0	408,7	1,0	77	1,2	0,0	2,11	99	34 870	17,9	5,8	(658 614)	8 / 9	8 148	100
ОКЕАНИЯ	**32,2**	**45,8**	**1,2**	**74**	**1,5**		**2,34**						**34 / 35**		
АВСТРАЛИЯ-НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ	23,6	30,1	0,9	90	1,3		1,75						8 / 6		
Австралия (17)	19,7	25,6	1,0	91	1,4	0,0	1,70	100	25 780	15,9	6,0	(14 673)	8 / 6	5 744	100
Меланезия (18)	7,5	14,0	2,1	24	3,5		3,91						70 / 75		
Новая Зеландия	3,9	4,5	0,8	86	0,9	0,1	2,01	95	19 130	19,9	6,2	(2 308)	8 / 6	4 864	
Папуа-Новая Гвинея	5,7	11,1	2,2	18	3,7	4,3	4,09	53	2 150	11,1	3,6	6 955	81 / 88		42
СТРАНЫ С ПЕРЕХОДНОЙ ЭКОНОМИКОЙ, ВХОДИВШИЕ В СОСТАВ БЫВШЕГО СССР (19)															
Армения	3,1	2,3	-0,5	67	0,2	0,9	1,15	97	2 880	4,0	3,2	1 876	22 /17	542	
Азербайджан	8,4	10,9	0,9	52	0,6	1,1	2,10	88	3 020	24,8	0,7	1 473	41 / 38	1 454	76
Беларусь	9,9	7,5	-0,5	70	-0,2	0,2	1,20	100	8 030		4,7	19	17 / 12	2 432	100
Грузия	5,1	3,5	-0,9	57	-0,1	1,0	1,40	96	2 860		3,4	1 448	25 / 18	533	77
Казахстан	15,4	13,9	-0,4	56	-0,3	0,1	1,95	99	6 370		4,2	3 047	68 / 48	2 594	91
Кыргызстан	5,1	7,2	1,4	34	1,2	0,9	2,64	98	2 710		2,6	1 518	50 / 42	497	77
Республика Молдова	4,3	3,6	-0,1	41	0,0	0,4	1,40		2 420	1,3	3,0	1 514	26 / 21	671	92
Российская Федерация	143,2	101,5	-0,6	73	-0,6	0,1	1,14	99	8 660		3,8	6 369	23 / 18	4 218	99
Таджикистан	6,2	9,6	0,9	28	0,7	2,4	3,06	71	1 150		1,0	369	78 / 67	470	60
Туркменистан	4,9	7,5	1,5	45	2,3	0,9	2,70	97	4 580		4,6	684	74 / 61	2 627	
Украина	48,5	31,7	-0,8	68	-0,8	0,2	1,15	100	4 150		2,9	2 436	20 / 15	2 820	98
Узбекистан	26,1	37,8	1,5	37	1,4	1,4	2,44	96	2 470		2,6	1 444	56 / 48	2 027	89

Отдельные показатели для наименее населенных стран/территорий

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели	Показатели смертности			Показатели образования		Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность на 1000 живорождений	Продолжитель-ность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Д	Число детей, принятых в среднюю школу (итого) М / Д	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Методы контрацепции: Любой метод	Методы контрацепции: Современные методы	Коэффициент распространения ВИЧ (%) (15 лет-24 года) М / Д
Багамские Острова	18	63,9 / 70,3	34	92 / 89	85 / 83	60	62	60	2,65 / 3,05
Бахрейн	14	72,5 / 75,9	69	103 / 103	98 / 105	18	62	31	
Барбадос	11	74,5 / 79,5	0	110 / 110	101 / 102	43	55	53	
Белиз	31	69,9 / 73,0	139	130 / 126	71 / 77	86	47	42	1,09 / 2,00
Бруней-Даруссалам	6	74,2 / 78,9	32	106 / 102	109 / 116	26			
Кабо-Верде	30	67,0 / 72,8	96	140 / 137		82	53	46	
Коморские Острова	67	59,4 / 62,2	547	92 / 80	23 / 18	59	21	11	
Кипр	8	76,0 / 80,5	0	97 / 97	93 / 94	10			
Джибути	102	44,7 / 46,8	774	46 / 35	13 / 17	64			
Экваториальная Гвинея	101	47,8 / 50,5	774	126 / 115	43 / 19	192			1,41 / 2,75
Фиджи	18	68,1 / 71,5	99	111 / 110		54	41	35	
Французская Полинезия	9	70,7 / 75,8	20			45			
Гваделупа	7	74,8 / 81,7	5			19	44	31	
Гуам	10	72,4 / 77,0	12			70			
Гайана	51	60,1 / 66,3	167	122 / 118		67	31	28	3,25 / 4,00
Исландия	3	77,6 /81,9	10	102 / 102	105 / 113	19			
Люксембург	5	75,1 / 81,4	24	101 / 101	92 / 97	9			
Мальдивские Острова	38	67,8 / 67,0	153	131 / 131	53 / 57	53			
Мальта	7	75,9 / 80,7	0	106 / 107	89 / 89	12			
Мартиника	7	75,8 / 82,3	4			30	51	38	
Микронезия (26)	21	70,3 / 74,0				53			
Нидерландские Антильские Острова	13	73,3 / 79,2	20	119 / 103	88 / 99	44			
Новая Каледония	7	72,5 / 77,7	10			31			
Полинезия (27)	21	68,9 / 73,4				39			
Катар	12	70,5 / 75,4	15	105 / 104	86 / 92	20	43	32	
Реюньон	8	71,2 / 79,3	78			32	67	62	
Самоа	26	66,9 / 73,4	15	105 / 101	73 / 79	44			
Соломоновы Острова	21	67,9 / 70,7	97			52			
Суринам	26	68,5 / 73,7	112	127 / 126	80 / 94	42			1,20 / 1,50
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	124	48,7 / 50,4	630			27			
Вануату	29	67,5 / 70,5	32	113 / 121	31 / 26	52			

Демографические, социальные и экономические показатели	Общая численность населения (в тыс.) 2003 год	Прогнозируемая численность насе-ления (в тыс.) 2050 год	Городское население (%) (2001 год)	Темпы роста городского населения (2000-2005 годы)	Население/га пахотных и постоянных сельхоз. земель	Общий показа-тель фертиль-ности (2000-2005 г.г.)	Роды, принятые квалифициро-ванными акушерками (в процентах)	Паритет покупательной силы (2001 г.)	Смертность в возрасте до 5 лет М / Д
Багамские Острова	314	395	88.9	1.6	1.0	2.29			27 / 21
Бахрейн	724	1 270	92.5	2.0	1.2	2.66	98		20 / 16
Барбадос	270	258	50.5	1.4	0.6	1.50	91		13 / 11
Белиз	256	421	48.1	2.2	0.8	3.15	77	5 350	43 / 42
Бруней-Даруссалам	358	685	72.8	2.5	0.4	2.48	98		8 / 6
Кабо-Верде	463	812	63.5	3.9	2.4	3.30	89	4 870	45 / 26
Коморские Острова	768	1 816	33.8	4.6	4.1	4.90	62	1 610	96 / 87
Кипр	802	892	70.2	1.2	0.5	1.90	100		8 / 8
Джибути	703	1 395	84.2	1.3		5.70		2 120	185 / 168
Экваториальная Гвинея	494	1 177	49.3	4.9	1.4	5.89	5	5 640	181 / 164
Фиджи	839	969	50.2	2.5	1.1	2.88		5 140	21 / 23
Французская Полинезия	244	355	52.6	1.6		2.44			11 / 11
Гваделупа	440	467	99.6	0.8	0.6	2.10			11 / 8
Гуам	163	248	39.5	3.0		2.88			13 / 10
Гайана	765	507	36.7	1.4	0.3	2.31		3 750	81 / 60
Исландия	290	330	92.7	0.8	3.3	1.95		29 830	5 / 4
Люксембург	453	716	91.9	1.6	0.2 [24]	1.73	100	48 080	7 / 7
Мальдивские Острова	318	819	28.0	4.6	26.3	5.33	90	4 520	41 / 56
Мальта	394	402	91.2	0.7	0.7	1.77	98		9 / 8
Мартиника	393	413	95.2	0.8	0.8	1.90			9 / 8
Микронезия (26)	526	863	28.6	3.6		3.40			26 / 25
Нидерландские Антильские Острова	221	249	69.3	1.1	0.1	2.05			17 / 11
Новая Каледония	228	382	78.1	3.2		2.45			9 / 10
Полинезия (27)	635	912	40.4	1.9		3.16			26 / 26
Катар	610	874	92.9	1.7	0.3	3.22	98		17 / 13
Реюньон	756	1 014	72.1	2.2	0.6	2.30			11 / 9
Самоа	178	254	22.3	1.4		4.12	76	5 450	34 / 29
Соломоновы Острова	477	1 071	20.2	6.0	5.5	4.42	85	1 680	31 / 30
Суринам	436	459	74.8	1.3	1.2	2.45	95	3 310	35 / 23
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	778	1 433	7.5	4.7	7.6	3.85			186 / 179
Вануату	212	435	22.1	4.2		4.13	87	2 710	32 / 39

Примечания к показателям

Используемые в настоящем издании обозначения не подразумевают выражения какого бы то ни было мнения со стороны Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения относительно правового статуса любой страны, территории или района или их властей, а также делимитации их границ.

Данные по малым странам или районам, численность населения в которых в 1990 году в целом составляла 200 000 человек или менее, отдельно в данной таблице не приводятся. Они были включены в данные о населении их регионов.

(*) Более развитые регионы включают Северную Америку, Японию, Европу и Австралию-Новую Зеландию

(+) Наименее развитые регионы включают все районы Африки, Латинской Америки и Карибского бассейна, Азии (за исключением Японии), а также Меланезию, Микронезию и Полинезию.

(‡) Наименее развитые страны в соответствии со стандартным определением Организации Объединенных Наций.

(1) Включая Британскую территорию в Индийском океане и Сейшельские Острова.

(2) Включая острова Агалеса, Родригес и Сент-Брендон.

(3) Включая Сент-Томе и Принсипи.

(4) Ранее Заир.

(5) Включая Западную Сахару.

(6) Включая Острова Св.Елены, Вознесения и Тристан- да- Кунья.

(7) Включая Макау,

(8) 1 июля 1997 года Гонконг стал особым административным районом Китая.

(9) Это образование включено в общий показатель по более развитым регионам, а не в оценку по географическим регионам.

(10) Турция включена в Западную Азию по географическим причинам. В соответствии с другим классификациями эта страна включается в состав Европы.

(11) Включая Нормандские острова, Фарерские острова и остров Мэн.

(12) Включая Андорру, Гибралтар, Святейший Престол и Сан-Марино.

(13) Включая Лихтенштейн и Монако.

(14) Включая Ангилью, Антигуа и Барбуду, Арубу, Британские Виргинские острова, Каймановы острова, Доминику, Гренаду, Монтсеррат, Нидерландские Антильские острова, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсию, Сент-Винсент и Гренадины, Острова Теркс и Кайкос и Виргинские острова Соединенных Штатов.

(15) Включая Фольклендские (Мальвинские) острова и Французскую Гвиану.

(16) Включая Бермуды, Гренландию и Сент-Пьер и Микелон.

(17) Включая остров Рождества, Кокосовые (Килинг) острова и остров Норфолк.

(18) Включая Новую Каледонию и Вануату.

(19) Государства-приемники бывшего СССР сгруппированы по существующим регионам. Восточная Европа включает Беларусь, Республику Молдова, Российскую Федерацию и Украину. Западная Азия включает Армению, Азербайджан и Грузию. Юго-Центральная Азия включает Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. Даные по региону в целом, исключая субрегионы, приводятся отдельно ниже.

(20) По региону в целом, исключая субрегионы, о которых говорится ниже.

(21) Эти субрегионы включают арабские государства и европейский регион ЮНФПА.

(22) Расчеты, основанные на докладах предыдущих лет. Ожидается поступление обновленных данных.

(23) Всего по Восточной Европе, за исключением ряда южно-европейских балканских государств и северо-европейских балтийских государств.

(24) В этот показатель включены Бельгия и Люксембург.

(25) Более поздние доклады свидетельствуют о том, что этот показатель мог бы быть более высоким. В будущих публикациях будет отражена оценка этой информации.

(26) Включая Федеративные штаты Микронезии, Гуам, Кирибати, Маршалловы Острова, Науру, северную часть Марианских островов и Тихоокеанские острова (Палау) .

(27) Включая Американское Самоа, острова Кука, остров Джонстон, Питкэрн. Самоа, Токелау, Тонга, острова Мидуэй, Тувалу и острова Уоллес и Футуна.

В статистических таблицах, содержащихся в докладе «Народонаселение мира» за этот год, особое внимание вновь уделяется показателям, которые могут способствовать оценке прогресса в достижении количественных и качественных целей, поставленных на Международной конференции по народонаселению и развитию(МКНР)и отраженных в целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячалетия, в областях, касающихся коэффициентов смертности, доступа к образованию и доступу к услугам в области репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и распростарнение ВИЧ/СПИД среди молодежи. . Ниже показаны несколько изменений, сделанные в отношении других показателей. В последующие доклады будет включена информация о различных практических показателях, которые будут разработаны к тому времени, так как результатом деятельности по выполнению решений МКНР и целей, сформулированных в Декларации тысячелетия, будет усовершенствование системы контроля. Усовершенствование контроля за финансовыми взносами правительств, неправительственных организаций и частного сектора должно позволить также представлять в будущем более полную информацию об объеме расходов и мобилизации ресурсов на мероприятия по выполнению решений МКНР и целей, закрепленых в Декларации тысячелетия. Ниже с разбивкой по категориям проводится информация об источниках, которые лежали в основе разработки показателей, и о причине выбора этих показателей.

Контроль за выполнением целей МКНР

ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ

Младенческая смертность и предполагаемая продолжительность жизни мужчин и женщин при рождении: Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. 2003. World Population Prospects: The 2002 Revision . New York: United Nations. Эти показатели отражают уровень смертности соответственно в первый год жизни (который имеет наиболее решающее значение для развития ребенка) и в течение всего периода жизни.

Коэффициент материнской смертности: Источник: "Maternal mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA". (еще не опубликован) Этот показатель отражает число смертей среди женщин в расчете на 100 000 живорождений в результате болезней, связанных с беременностью и родами и осложнениями в связи с беременностью и родами. Трудно получить конкретные данные, однако информация об относительных масштабах дает достаточное представление. Оценки на уровне ниже 50 не округляются; оценки в диапазоне 50-100 округляются до 5; оценки в диапазоне 100-1000 округляются до 10; и оценки в диапазоне свыше 1000 округляются до 100. Некоторые оценки отличаются от официальных государственных показателей. Оценки основываются на представленных показателях, где это возможно, при этом используются подходы, направленные на улучшение сопоставимости информации из различных источников. См.источник для подробной информации о происхождении конкретных национальных оценок. Оценки и методология рассматриваются в ВОЗ. ЮНИСЕФ, ЮНФПА, научных учреждениях и других учреждениях и, при необходимости, они могут изменяться в рамках текущего процесса совершенствования данных о материнской смертности. Учитывая использование новых методов, предыдущие расчеты за 1995 год могут быть несопоставимы с настоящими расчетами.

Показатели образования

Доля мальчиков и девочек, обучающихся в начальной школе, доля мальчиков и девочек, обучающихся в средней школе. Источник: информация, предоставленная Статистическим институтом ЮНЕСКО. Монреаль. Общая доля принятых в учебные заведения учащихся отражает количество учащихся, принятых в учебные заведения определенного уровня, на 100 человек в соответствующий возрастной период. Не делается корректировки на лиц старше соответственного возрастного уровня, которые начали учение в более позднем возрасте, прервали учебу или повторяли учебный курс.

Неграмотность среди взрослых мужчин и женщин. Источник: информация, предоставленная Статистическим институтом ЮНЕСКО, Монреаль. Показатели неграмотности в различных странах не одинаковы; используется три широко принятых определения. Насколько это возможно, представлены данные о лицах, которые не могут читать или писать простые предложения. Неграмотность среди взрослых (показатель неграмотности лиц в возрасте старше 15 лет) отражает последние показатели приема в учебные заведения и достижения в обучении в последние годы. Вышеуказанные показатели в области образования были обновлены на основе расчетов Отдела народонаселения ООН, содержащихся в World Population Prospects (The 2000 Revision). Это последние данные об образовании, охватывающие период 1982-1998 годов.

Процентная доля учащихся, заканчивающих последний класс начальной школы. Источник: Информация, предоставленная Статистическим институтом ЮНЕСКО, Монреаль. School life expectancy, Percentage of Repeaters and Survival Rates in Primary Education by Country and Gender. Это последние данные за период 1998–2000 годов. Тринадцать стран предоставили данные об учащихся до четвертого класса.

Показатели репродуктивного здоровья

Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет: Источник: Информация, предоставленая Отделом народонаселения Организации Объединеных Наций. Этот показатель отражает фертильность женщин в молодом возрасте. Так как он отражает ежегодный уровень рождений, приходящихся на всех женщин в определенной возрастной группе, он полностью не отражает уровень фертильности женщин в их юности. Поскольку этот показатель отражает ежегодное среднее число рождений на женщин в год, можно умножить его на пять лет для того, чтобы определить число рождений на 1000 молодых женщин в старшем подростковом возрасте. Этот показатель не охватывает все аспекты, связанные с подростковыми беременностями, так как в знаменатель включены лишь живорождения. В показатель не включены мертворождения и самопроизвольные и искусственные аборты.

Методы контрацепции: Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. 2003. Database on Contraceptive Use (updated June 2003). New York: United Nations. Эти данные взяты из докладов о выборочных обследованиях и они отражают долю замужних женщин, включая женщин (не вступивших в брак официально), которые в настоящее время используют любой из методов или современный метод контрацепции. Современные или клинические методы включают в себя стерилизацию мужчин и женщин, внутриматочные противозачаточные средства, противозачаточные таблетки и уколы, гормональные имплантанты, презервативы и т.д. Эти показатели приблизительно, но неполностью сопоставимы в различных странах из-за изменений численности обследованного населения по возрастным группам (чаще всего женщин в возрасте 15-49 лет; не многим более, чем половина базы данных), а также изменений периодичности проведения обследований и характера вопросов. Эти данные были собраны в 1995 году или в последующий период. Приводятся самые последние данные..

Коэффициент распространения ВИЧ, М/Ж, 15 лет — 24 года. Источник: ЮНЭЙДС. 2002. Страновые информационные бюллетени о ВИЧ/СПИД на вебсайте ЮНЭЙДС. Эти данные получены из докладов о системе наблюдения и типовым расчетам. Данные представлены для мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет, соответственно; приводятся средние показатели в соответствии с минимальными и максимальными оценками для каждой страны. Отправным годом является 2001 год. Различия между мужчинами и женщинами отражают психологическую и социальную уязвимость воздействия заболеваний и зависят от возрастных различный половых партнеров.

Демографические, социальные и экономические показатели

Общая численность населения в 2003 году, прогнозируемая численность населения в 2050 году, средние ежегодные темпы прироста народонаселения в период 2000-2005 годов: Источник: информация, предоставленая Отделом народонаселения Организации Объединеных Наций. Эти показатели отражают численность, прогнозируемую численность в будущем и ежегодный прирост населения в странах в настоящее время.

Доля городского населения в процентах, темпы прироста городского населения: Источник: Отдел народонаселения Организации Объедениных Наций, 2002 год. World Urbanization Prospects: The 2001 Revision: Data Tables and Highlights (DOC.ESA/P/WP.173.) New York: United Nations. Эти показатели отражают долю населения страны, проживающую в городских районах, и темпы прироста населения городских районов, прогнозируемые на период 2000-2005 годов.

Численность населения в сельскохозяйственных районах на гектар пахотных земель: Источник: данные, предоставленные Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединенных Наций, с использованием данных о населении в сельских районах на основе информации об общей численности населения, представленных Отделом народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций в 2001 году. World Population Prospects: The 2000 Revision New York: United Nations. Этот показатель увязывает численность населения сельских районов с землей, пригодной для сельскохозяйственного производства. Он изменяется вместе с изменениями структуры национальной экономики (доля рабочей силы в сельском хозяйстве) и технологии обработки земли. Высокие показатели могут быть связаны с недостаточной продуктивностью земли и разделом земельных владений. Однако этот показатель изменяется также вместе с изменением уровня развития и политики в области землепользования. Представлены данные за 2000 год.

Общий показатель фертильности (период 2000-2005 годов): Источник: данные, предосталвенные Отделом народонаселения Организации Объединеных Наций. Этот показатель отражает число детей, которые родит женщина в течение репродуктивного периода ее жизни, если она будет рожать детей по схеме, определенной для различных возрастных групп в конкретный временной период. Страны могут достичь прогнозируемого уровня в различное время в течение этого периода.

Принятие родов квалифицированными акушерами: Источник: UNICEF Global Database: Skilled Atendant at Delivery (на вэб-сайте ЮНИСЕФ). Данные о наиболее развитых странах отсутствуют. Этот показатель рассчитывается на основе национальных докладов о доли родов, принятых «квалифицированным медицинским персоналом или квалифицированными акушерами, т.е. врачами (специалистами и неспециалистами) и/или лицами, обладающими навыками акушеров, которые могут поставить диагноз и принять меры в случае осложнений, а также принимать нормальные роды». Данные для более развитых стран свидетельствуют о более высоком уровне принятия родов квалифицированными специалистами. Учитывая предположение о полном охвате медицинскими услугами, в официальных статистических данных может отсутствовать информация о недостаточном охвате услугами маргинализированного населения и последствиях задержек, связанных с транспортом. Это самые последние данные.

Валовой национальный продукт на душу населения: Источник: Статистические данные за 2001 год, представленые Всемирным банком. World Development Indicators Online . Washington D.C.: The World Bank.Этот показатель отражает общий объем товаров и услуг для конечного потребления, произведенных резидентами и нерезидентами, независимо от их реализации на внутреннем или внешнем рынках, по отношению к численности населения. Как таковое это является показателем экономической производительности государства. Он отличается от показателя валового внутреннего продукта тем, что в нем учитываются доходы от труда и капитала, полученные резидентами за границей, аналогичные платежи нерезидентам и различные технические корректировки, в том числе корректировки, касающиеся периодических изменений обменных курсов. В этом показателе учитываются также различные покупательные способности валют, так как в него включена информация о корректировке паритета покупательной способности «реального ВНП». Некоторые показатели основываются на моделях регрессии. Ряд показателей экстраполированы на основе последней программы международных сопоставлений. Подробную информацию см. в первоисточниках.

Расходы центральных органов управления на образование и здравоохранение: Источник: Всекмирный банк, 2003 год. World Development Indicators Online. Washington, D.C.: The World Bank. Эти показатели отражают то приоритетное внимание, которое государство уделяет секторам образования и

здравоохранения и которое выражается в доле выделяемых для них государством ассигнований. В них не учитываются различия в объеме ассигнований в рамках секторов, например для начального образования или медицинские услуги, которые могут быть весьма различными. Непосредственное сопоставление осложняется из-за существующих различий в административных и бюджетных функциях, которыми наделяются центральные органы управления в отношении местных органов управления, а также в связи с другими различиями той роли, которую играют частные и государственные сектора. Расчеты составлены на основе данных об ассигнованиях на государственное образование как доле ВНП, ассигнованиях на здравоохранение на душу населения, а также о доле ассигнований на здравоохранение из государственных источников. Данные отражают последние расчеты за период 1990-1998 годов.

Внешняя помощь населению: Источник: UNFPA. 2000. Financial Resource Flows for Population Activities in 2000. New York: UNFPA. Этот показатель отражает общий объем внешней помощи, предоставленной в 2000 году для осуществления деятельности в области народонаселения в каждой стране. Внешние средства распределяются через многосторонние и двусторонние учреждения, занимающиеся оказанием помощи, и неправительственные организации. Данные о взносах стран-доноров показаны в скобках. В будущих изданиях настоящего доклада будет приведена информация о других показателях для обеспечения лучшей основы для сопоставления и оценки потоков ресурсов, предназначенных для содействия осуществлению программ в области народонаселения и репродуктивного здоровья и полученных из различных национальных и международных источников. Представленные общие данные приема включают в себя как страновые проекты, так и региональные мероприятия (непоказанные в других частях таблицы).

Смертность в возрасте до 5 лет: Источник: United Nations Population Division, special tabulation based on United Nations, 2003, World Population Prospects: The 2002 Revision . New York: United Nations. Этот показатель отражает уровень смертности среди младенцев и малолетних детей. Поэтому он отражает последствия заболеваний и другие причины смерти новорожденных, младенцев и детей младшего возраста. Более стандартными демографическими показателями является младенческая смертность и коэффициент смертности от 1 до 4 лет, что отражает различные причины и показатель частотности смертности в этом возрасте. Поэтому данный показатель по сравнению с показателем младенческой смертности в большей степени учитывает детские заболевания, включая заболевания, которые можно предотвратить за счет усовершенствования программ в области питания и иммунизации. В данном случае показатель смертности в возрасте до 5 лет отражает количество смертей среди детей в возрасте до 5 лет на 1000 живорождений в каком-либо конкретном году в период 2000-2005 годов.

Потребление энергии на душу населения: Источник: Всемирный банк, 2003 год, Development Indicators Online Washington.D.C.: The World Bank.. Этот показатель отражает ежегодное потребление коммерческой первичной энергии (уголь, лигнит, нефть, природный газ и гидро-, атомную и геотермальную энергию) в килограммах нефтяного эквивалента в расчете на душу населения. Он отражает уровень промышленного развития, структуру экономики и модели потребления. Его изменения с течением времени могут отражать изменение уровня и соотношение различных видов экономической деятельности и изменения эффективности использования энергии (включая уменьшение или увеличение объема расточительного потребления). Данные за 1998 год.

Доступ к питьевой воде: Источник: расчеты, представленные в "UNICEF End-decade Databases: Water and per cent urban data", Отдела народонаселения Организации Объединеных Наций. Этот показатель отражает долю населения, имеющего доступ к достаточному количеству безопасной в санитарном отношении питьевой воде, источник которой находится на допустимом расстоянии от жилья пользователя. Подчеркнутые слова представляют собой определения, используемые на страновом уровне. Этот показатель связан с подверженностью рискам для здоровья, включая риски, являющиеся результатом плохой санитарно-гигиенической обстановки. Представлены данные за 2000 год.

Редакционная коллегия

Народонаселение мира в 2003 году

Редакторы: Стэн Бернстайн и Вильям А. Райн
Помощник редактора: Филлис Брахман
Исследовательская работа: Эн Еарб-Лианковало, Маргарет И. Грин, Кэрен Харди, Дон Хинрексен, Джанет Дженсон, Миа Макдональд, Алекс Маршал, Джудит Сендерович,Микол Зарб
Стажер : Джени Инкантро

Подготовка к печати: Prographics, Inc.

фотографии и их авторы

Лицевая обложка
© William A. Ryan/UNFPA
Афганистан, июль 2003 года. Учащаяся школы для девочек осваивает навыки, необходимые для получения дохода.

Содержание
© Jonathan Silvers
Пятнадцатилетняя Сара, потерявшая обоих родителей, которые умерил в 1999 году от СПИДа, воспитывает своих младшего брата и младшую сестру в северной части Замбии. Каждую неделю она учится в школе лишь в течение нескольких часов.

Глава 1
© Jonathan Silvers
Шестнадцатилетняя Ясмин бросила школу после третьего класса. Половину своей жизни она занимается продажей цветов на улицах Дакки, Бангладеш.

Глава 2
© Mark Edwards/Still Pictures
Урок полового воспитания для девочек в сельской школе в штате Хараяна, Индия.

Глава 3
© Jorgen Schytte/Still Pictures
Школьники в Уганде получают информацию о СПИДе.

Глава 4
© Rick Maiman/
David and Lucile Packard Foundation
Молодые люди в Мексике

Глава 5
© Mark Edwards/Still Pictures
Габороне, Ботствана. Матери-подростки с детьми.

Глава 6
© Ian Berry/Magnum Photos
Тунисские учащиеся после занятий по изучению компьтера.

Глава 7
© Jorgen Schytte/Still Pictures
Подростки в городе Зомба, Малови.

Стр. 60
© Steve McCurry/Magnum Photos
Деревенская девушка в Ниамейе, Нигер.

Фонд Организации Обьединенных Наций
в области народонаселения
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017 U.S.A.
www.unfpa.org

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017 U.S.A.
www.unfpa.org

ISBN 0-89714-674-3
R/5,000/2003 sales no. R.03.III.H.1

Напечатано на бумаге из вторсырья