

Всемирная организация здравоохранения отстаивает концепцию хорошего здоровья, определяющую его как “состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или недугов”. К этому достойному состоянию, являющемуся важным показателем развития человеческого потенциала, женщины и мужчины, живущие в условиях переходного периода, стремятся не меньше, чем к обретению экономических возможностей и политической свободе.

Помимо социально-экономических трудностей переходного периода большинство стран данного региона сталкивается с проблемой ухудшения здоровья населения. Самым непосредственным свидетельством этого ухудшения, о котором говорится в главе 1, является тот факт, что ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин за первые годы переходного периода снизилась в большинстве рассматриваемых стран, хотя в некоторых случаях впоследствии наблюдалось улучшение показателей. К тому же увеличиваются различия между географическими областями внутри отдельных стран, между странами или группами стран, а также между различными группами населения. В частности, существовавший до переходного периода разрыв между странами Западной Европы и странами Центральной и Восточной Европы в плане состояния здоровья женщин увеличился.

Возможность иметь хорошее здоровье является одним из основополагающих элементов равенства женщин в обществе. Состояние здоровья женщины — это нечто большее, чем благополучие отдельных женщин. Оно весьма существенно сказывается на благосостоянии семьи и детей, поскольку такие определяющие состояние здоровья ключевые факторы, как образование и доход, передаются из поколения в поколение, а также потому, что женщины играют центральную роль в заботе о здоровье, питании и уходе в семье. В более широком плане здоровье женщин оказывает серьезное влияние на общество в целом как по месту работы, так и по месту жительства. В Платформе действий четвертой Всемирной конференции по положению женщин, состоявшейся в Пекине в 1995 году, констатируется, что обеспечение равенства женщин в вопросах здоровья связано не только с учетом биологических различий между женщинами и мужчинами, но и с неравенством между ними в доступе к ресурсам здравоохранения и в том, что касается небологических факторов, определяющих состояние здоровья.

До переходного периода были сделаны значительные капиталовложения в службы охраны здоровья через всеобщую систему здравоохранения. Однако с точки зрения охраны здоровья женщин отда-

ча от этих инвестиций в большинстве стран региона оказалась меньшей, чем можно было ожидать. Например, несмотря на особое внимание, уделявшееся проблемам беременности, деторождения и выхаживания младенцев, уровень материнской смертности в большинстве этих стран был выше, чем в странах Западной Европы. В целом во всем регионе осведомленность в вопросах здоровья была очень низкой. Социалистическое государство утверждало собственную концепцию здоровья, определяя его как продукт государственной системы здравоохранения, так что у отдельных лиц, работодателей и общин по месту жительства не было чувства ответственности за хорошее состояние здоровья и возможностей содействовать его поддержанию.

Наступление переходного периода не только ослабило государственную систему здравоохранения, но и послужило толчком к изменению социально-экономических факторов, которые определяют здоровье женщин. Первые последствия неблагоприятны, в том числе снижение доходов, рост неравенства в области доходов и усиление социальной напряженности. Во многих странах общество становится более открытым, и этот сдвиг может вызвать как положительные, так и отрицательные изменения в сфере здравоохранения — от более свободного доступа к планированию размера семьи и усилению пропаганды здорового образа жизни, с одной стороны, до более широкого распространения сопряженных с риском видов поведения, таких как употребление наркотиков или небезопасный секс, — с другой. В большинстве этих стран снижение уровня государственных расходов ограничивает возможности существующей системы здравоохранения по удовлетворению спроса на ее услуги, несмотря на то что реформы в целом способствуют повышению их качества и эффективности. Очень важно осознать: хотя будет затронуто здоровье как женщин, так и мужчин, воздействие на них может оказаться неодинаковым, а его степень — разной.

Одним из наиболее ярких примеров таких неодинаковых последствий переходного периода для здоровья женщин и мужчин и их разных потребностей явился кризис, связанный с уровнем смертности (он был выявлен в предыдущих Региональных мониторинговых докладах, а новые данные о нем приведены в главе 1), затронувший женщин и мужчин, но особенно мужчин среднего возраста. Это соответствует наблюдающейся во всем мире закономерности — более высокая вероятность преждевременной смерти у мужчин и более высокая вероятность заболевания и плохого здоровья у женщин. Это различие еще раз подтверждает тот факт, что проблемы здоровья у женщин во многом отличаются от проблем у мужчин.

У женщин есть специфические проблемы здоровья, связанные с репродуктивной функцией, но выходящие за пределы репродуктивной сферы, например в плане психического здоровья. У них проблемы со здоровьем, как правило, возникают в более раннем возрасте и сохраняются дольше, вплоть до старости. Биологические и социальные факторы, в том числе и подчиненное положение в обществе, оказывают влияние на здоровье женщин на протяжении всей их жизни и имеют кумулятивный эффект. Многие проблемы со здоровьем, с которыми женщины сталкиваются в детородный период, уходят корнями в детский или подростковый возраст, что подчеркивает

необходимость заботы о здоровье женщины на протяжении всего жизненного цикла.

В настоящей главе рассматриваются отдельные аспекты здоровья женщин. Раздел 4.1 начинается со здоровья матери и ребенка, традиционно находящегося в центре внимания, и далее затрагиваются такие вопросы репродуктивного здоровья, как аборт и планирование размера семьи. В разделе 4.2 рассматривается влияние происшедших в переходный период изменений экономических и социальных факторов, определяющих здоровье женщин. В разделе “Выводы” содержится краткий перечень опасностей, угрожающих здоровью женщин в данном регионе. ■

## 4.1 Репродуктивное здоровье женщин: неоднозначная картина

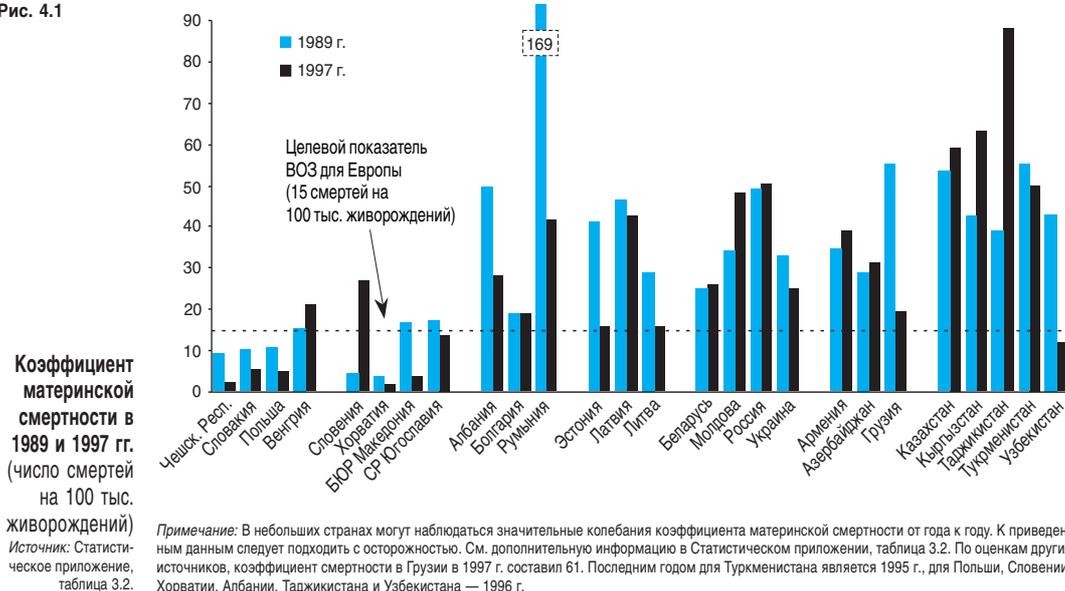
Одним из основных направлений в усилиях по улучшению здоровья женщин в глобальном масштабе является особое внимание здоровью женщины в комплексе, в любом возрасте и на всех этапах жизни. Этот комплексный, целостный подход в масштабах всего жизненного цикла предполагает учет всех аспектов женского здоровья — физического, психического и социального — от рождения до старости. Медицина и здравоохранение традиционно придают первостепенное значение репродуктивному здоровью женщины и тем годам ее жизни, когда она находится в детородном возрасте, а конкретнее — беременности матери и здоровью младенца. В результате имеющиеся данные, особенно в регионе, переживающем переходный период, в основном касаются указанных аспектов здоровья женщин. Поэтому следующий раздел базируется именно на таком более узком подходе, но при этом будет затронут и более широкий контекст, исходя из того что репродуктивное здоровье женщины отнюдь не ограничивается деторождением, а является неотъемлемой частью ее общего здоровья.

### Значительные различия в показателях материнского здоровья

Сохранение в общем на прежнем уровне или даже снижение коэффициентов детской смертности во всем переживающем переходный период регионе, как показано в главе 1, свидетельствует о том, что от прошлого унаследованы преимущества хорошего здоровья, образования и предоставления услуг здравоохранения матерям. Однако во время переходного периода нигде в данном регионе не было отмечено сколько-либо приемлемого снижения коэффициентов материнской смертности. В большинстве исследуемых стран снились уровень и качество профессионального обслуживания в перинатальный период, что привело к росту осложнений при родах и отрицательно сказалось на их исходе. Кроме того, по всей видимости, усиливаются различия между странами, отдельными районами внутри стран и отдельными группами населения в плане связанных с беременностью осложнений.

На рис. 4.1 представлены данные о числе зарегистрированных случаев материнской смертности в регионе — в целом около 1700 смертных случаев, происшедших в 1997 году по связанным с беременностью причинам. Из графика видно, что в 17 из 26 представивших сведения стран документальная отчетность свидетельствует о снижении коэффициента материнской смертности в период с 1989 по 1997 год. Однако в других девяти странах он вырос. В целом в 17 странах коэффициент материнской смертности все еще превышает названный целевой уровень ВОЗ для Европы — не более 15 смертных случаев на 100 тыс. живорождений. В 11 странах этот коэффи-

Рис. 4.1

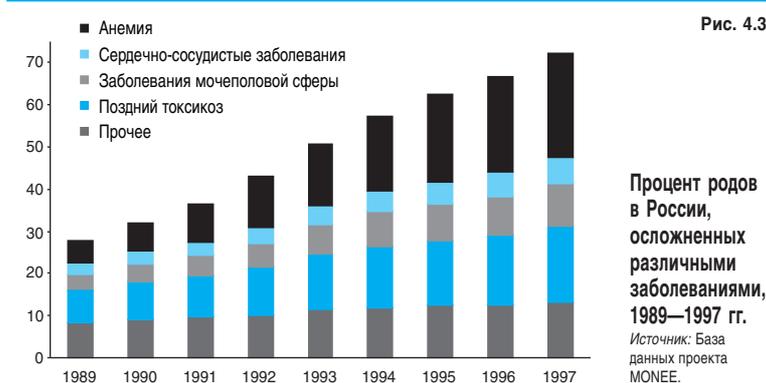
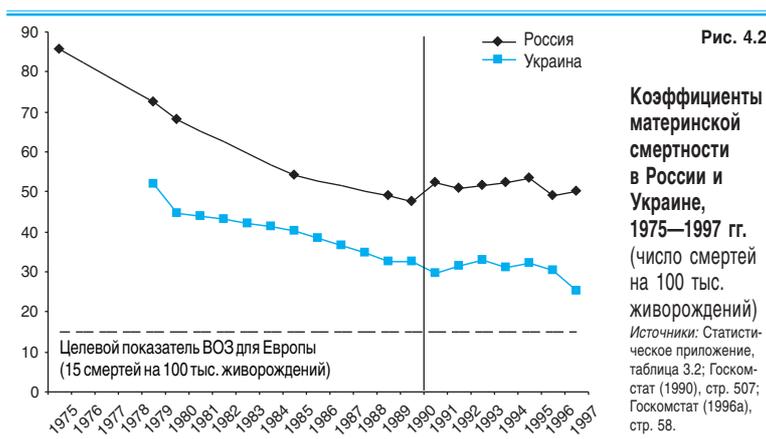


циент более чем вдвое превышает целевой. Всего 11 из 26 стран достигли или почти достигли поставленной на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах детей в 1990 году цели сокращения уровня материнской смертности в период с 1990 по 2000 год в 2 раза.

В этом отношении существуют значительные различия между субрегионами. На графике ясно видно, что материнская смертность гораздо ниже в странах Центральной и Восточной Европы, бывшей Югославии и балтийских государствах. Здесь ее уровень в целом снижается, оставаясь несколько более низким или приближаясь к целевому показателю ВОЗ для Европы. Исключение составляют Венгрия и Латвия. Однако в этих двух странах абсолютные показатели материнской смертности сравнительно невелики при значительных колебаниях этого уровня от года к году (например, в Венгрии в 1996 году коэффициент составлял 12 случаев смерти матерей, а в 1997 году — 21). Отражением такого рода колебаний может служить снижение коэффициента материнской смертности в БЮР Македонии. Следует, однако, отметить, что в процентном отношении число случаев родовспоможения со стороны профессиональных работников здравоохранения возросло с 89 процентов в 1990 году до 96 процентов в 1996 году. В Албании и Румынии высокие коэффициенты материнской смертности в 1989 году (49 и 169, соответственно) были резко сокращены после легализации абортов. И все же эти показатели еще превышают установленную ВОЗ цель, составляя, соответственно, 28 и 41 смертный случай на 100 тыс. живорождений.

Совсем иная обстановка в странах Содружества Независимых Государств, в большинстве которых коэффициенты материнской смертности со времени начала переходного периода возросли. На рис. 4.2 показаны долгосрочные тенденции изменения уровня материнской смертности в России и Украине. График свидетельствует о том, что в 90-е годы достигнутый в 80-х годах прогресс застыл и положение даже несколько ухудшилось. В результате коэффициент материнской смертности в обеих странах стабилизировался, но по-прежнему значительно превышает целевые показатели ВОЗ для Европы. Беспокойство вызывает и тенденция, отмечаемая в Таджикистане, где коэффициент материнской смертности за годы переходного периода резко вырос и теперь почти в 4 раза превышает целевые показатели. Большие различия в уровне материнской смертности наблюдаются также внутри отдельных стран, особенно там, где эти показатели высоки, например в Закавказье и в Центральной Азии. Так, уровень материнской смертности в Каракалпакии у Аральского моря (Узбекистан) значительно выше, чем в остальных частях страны, составляя 120 смертных случаев на 100 тыс. живорождений по сравнению со средним общенациональным показателем 1994 года — менее 20 случаев.

Даже в тех немногих странах, где уровень материнской смертности не увеличился, растет число случаев осложнений при родах. Например, в Беларуси число случаев кровотечения возросло со 190 на 10 тыс. родов в 1989 году до 280 в 1995 году. Число



случаев эклампсии возросло за тот же период с 6 до 14 на 10 тыс. родов. Информация по России, представленная на рис. 4.3, также выявляет тревожный рост числа осложнений при родах — с 23 процентов в 1989 году до 67 процентов в 1996 году. Увеличилась распространенность всех состояний, ведущих к появлению осложнений, при этом особенно быстро росло число случаев анемии. Доля родов, осложненных анемией, возросла за указанный период с 5 до 23 процентных пунктов. Отчасти это может быть связано с демографическими изменениями, о которых идет речь в главе 3. Например, в большинстве стран бывшего Советского Союза возросла доля молодых матерей, а у очень молодых матерей чаще наблюдается менее благополучный исход родов, включая более высокую вероятность рождения мертвых детей и детей с недостаточным весом. Однако наблюдаемые изменения более значительны, чем можно было бы ожидать в результате таких структурных сдвигов, и это указывает на фактическое ухудшение ситуации с исходом родов.

Вместе с ростом числа осложнений при беременности и родах соответственно ухудшилось и состояние здоровья новорожденных. Число мертворожденных, детей с низким весом, врожденных аномалий и проблем перинатального периода растет в большинстве обследованных стран, особенно в тех, на которых особенно тяжело сказался переходный период, таких как БЮР Македония, СР Югославия, Болгария и Грузия. В Грузии, стране с самыми высокими показателями мертворождений, число таких случаев возросло с 7 на 1 тыс. родов в 1989 году до 18 в 1997 году.

В частности, доля детей, родившихся с недостаточным весом (менее 2500 г), растет во многих странах, кроме Польши, Венгрии и Словении (подробнее см. в таблице 2.5 Статистического приложения). Рост процентной доли детей, родившихся с недостаточным весом, может отчасти отражать улучшение медицинского обслуживания в перинатальный период и родовспоможения, в результате чего сократилось число мертворождений и возросло число выживших детей с малым весом. Но он может свидетельствовать и об ухудшении здоровья матерей, связанном, в частности, с ухудшением питания.

Недостаточный вес при рождении является важным показателем, потому что он повышает вероятность детской смертности, отрицательно влияет на развитие ребенка, является источником финансового и эмоционального стресса для родителей и сказывается на ресурсах здравоохранения. Особое беспокойство вызывает состояние детей, родившихся у молодых матерей. В Болгарии, например, доля детей с недостаточным весом, рожденных не достигшими 20-летнего возраста матерями, возросла с 10 процентов в 1989 году до 14 процентов в 1997 году. И уровень, и степень ухудшения положения в этой возрастной группе выше, чем в других. Та же доля среди женщин всех возрастных групп возросла за данный период с 7 до 9 процентов. В числе причин такого положения — тот факт, что женщины младшей возрастной группы еще не достигли физической зрелости, имеют более низкий социально-экономический статус, им менее доступны услуги здравоохранения и они чаще являются первородящими, что всегда сопряжено с повышенным риском.

Даже в Чешской Республике, где в целом положение с исходом родов улучшилось, наряду с социально-экономическими изменениями стало расти неравенство между социальными группами. За период с 1989 по 1997 год средний вес новорожденных в Чешской Республике увеличился (после первоначального снижения), и в то же время значительно снизилась как материнская, так и детская смертность. На рис. 4.4 показан средний вес младенцев, рожденных матерями с разным уровнем образования. Из приведенных данных видно, что различия между матерями с разным уровнем образования относительно велики и что за переходный период они возросли. Вес младенцев, рожденных женщинами с более низким уровнем образования, снизился более значительно в

периоды ухудшения и меньше увеличился в периоды улучшения экономической ситуации. Эти различия в среднем весе новорожденных и в уровне смертности в постнеонатальный период (после первых 27 дней жизни) все же были сочтены статистически значимыми и продолжающимися расти после того, как были соотнесены с другими важными определяющими факторами, такими как возраст матери и пол ребенка.

И все же уровень неонатальной смертности в Чешской Республике в период с 1989 по 1995 год снизился, что явилось отражением повышения способности системы здравоохранения обеспечивать выживание новорожденных с низким весом. Однако анализ по регионам показывает, что происшедшие сдвиги к лучшему были более заметными в Праге, чем в остальных частях страны, что подтверждает наличие региональных различий в качестве медицинского обслуживания детей в неонатальный период.

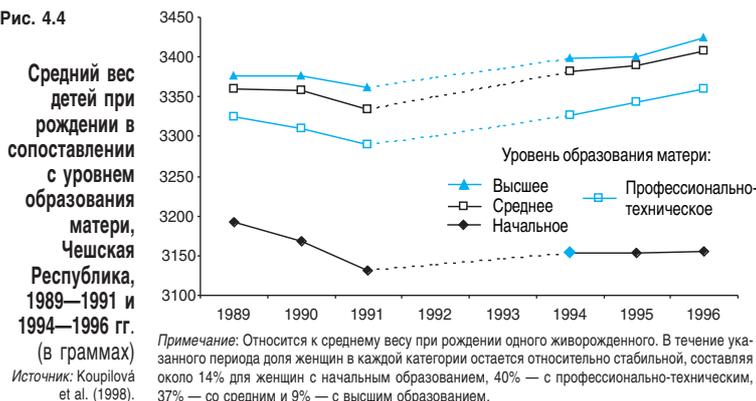
Хотя изменения, связанные с исходом родов, можно отчасти объяснить состоянием здоровья женщин, система здравоохранения здесь тоже играет важную роль. Уход за беременными женщинами и матерями традиционно поддерживался на высоком уровне во всем регионе, хотя упор делался больше на число посещений медицинского учреждения, диагностику и анализы, чем на качество обслуживания, консультации и просветительскую работу. Большинство женщин находилось под регулярным медицинским наблюдением в течение всей беременности, и подавляющее большинство родов происходило в присутствии квалифицированного медперсонала и в медицинских учреждениях.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что большинство преимуществ, которых удалось добиться до наступления переходного периода, были сохранены, но есть и признаки ухудшения положения, что серьезно сказывается на состоянии здоровья матерей и их детей. Эта ситуация весьма различна в разных частях региона.

Страны Центральной Европы и балтийские государства стартовали в более благоприятной ситуации и сумели по большей части сохранить свои достижения. Однако имеются признаки неравного положения в разных группах населения или районах, что заставляет опасаться возможного регресса. Например, в ходе широкого репрезентативного обследования, проведенного в Чешской Республике в 1993 году, были выявлены значительные различия в предоставлении беременным медицинских услуг. Почти 10 процентов женщин в первые три месяца беременности не получали родового обслуживания в Северной Чехии по сравнению с лишь 3 процентами в Южной Чехии. Аналогичным образом, в Северной Моравии 15 процентов женщин не проходили ультразвукового обследования во время беременности, а в Южной Чехии — 2 процента.

С другой стороны, в Юго-Восточной Европе, Центральной Азии, Закавказье и в отдельных районах на западе СНГ и в бывшей Югославии стартовые условия были, как правило, менее удовлетворительными, и положение здесь ухудшилось. Это противоречит поставленной на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах детей в 1990 году цели бес-

Рис. 4.4

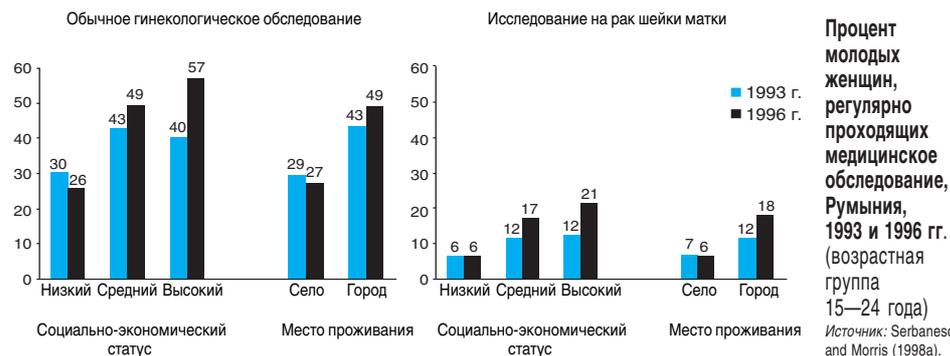


печить доступность дородового медицинского обслуживания и родовспоможения во всем мире.

Имеющиеся данные по Юго-Восточной Европе указывают на ухудшение положения с предоставлением услуг беременным. Крупномасштабное обследование, проведенное в 1993 году в Румынии, показало наличие значительного неравенства в доступе к дородовому обслуживанию между матерями разного возраста, получившими разное образование и имеющими разное экономическое положение. Доля беременных, не получающих дородового обслуживания, колеблется от 10 процентов (для женщин с начальным образованием) до 2 процентов (с образованием выше среднего). И число посещений медицинского учреждения, и сроки первого посещения также различаются в зависимости от возраста, образования и экономического положения. Данные об изменениях в доступе к медицинским услугам в области репродуктивного здоровья молодых (в возрасте 15—24 лет) женщин в Румынии за период с 1993 по 1996 год представлены на рис. 4.5. Они демонстрируют общее повышение доступности обычного гинекологического обследования и исследования на рак шейки матки, но при этом выявляют и растущее неравенство в получении такого доступа. Женщины из групп, имеющих более низкое социально-экономическое положение, а также живущие в сельской местности фактически и в период общего улучшения положения имели ограниченный доступ к таким услугам.

В Болгарии доля женщин, не получавших дородового медицинского обслуживания, составляла в 1996 году 22 процента, а в 1997 году — 17 процентов, хотя родовспоможение по-прежнему осуществлялось подготовленными профессионалами. В Албании уровень родовспоможения снижался до 1992 года, когда лишь 86 процентов родов принимали профессиональные акушеры, но к 1997 году эта доля выросла до 91 процента.

В странах бывшей Югославии диапазон услуг, предоставляемых беременным, видимо, сократился в тех районах, где война причинила значительные разрушения. Кроме того, наблюдались большие различия между областями СР Югославии, особенно между раздираемым конфликтом краем Косово и остальной частью страны. Таблица 4.1 показывает, что в Косово более четверти родов (27,1 процента) происходило без помощи профессиональных медиков, тогда как в среднем по стране доля таких родов составляла 8,3 процента, что является высоким показателем в сравнении с соседними странами. В среднем на каждую женщину в Косово приходилось 0,7 посещения врача после родов по сравнению 4,5 в среднем по стране. Аналогичным образом, и коэффициенты младенческой и детской смертности, и доля детей с задержкой в развитии там значительно превышали данные показатели в остальных частях страны, при этом охват иммунизацией был более низким (данные по состоянию до конфликта 1999 года).



В Закавказье положение, похоже, также ухудшилось, особенно в отдаленных сельских районах. В Армении доля зарегистрированных случаев родов на дому росла и достигла пика около 7 процентов в 1994 и 1995 годах. Имеющиеся данные дают основания полагать, что в некоторых районах страны до половины родов принимаются в домашних условиях. Выросла и доля случаев младенческой смерти при родах на дому, особенно в сельской местности, и составила около 30 процентов от общего числа случаев детской смерти. Выросла и доля женщин, не получавших дородового медицинского обслуживания. Более 40 процентов женщин в Ереване и 50 процентов женщин, проживающих за его пределами, по имеющимся данным, первый раз обратились к врачу только по прошествии первых трех месяцев беременности. В сельской местности от посещения медицинских учреждений женщин удерживают расходы на транспорт и на услуги здравоохранения, плохие санитарные условия и отсутствие необходимых медикаментов. По имеющимся сообщениям, большинство таких учреждений находятся в очень плохом состоянии и не имеют лекарств и прочих материалов.

Таблица 4.1

#### Здоровье матери и ребенка в СР Югославии, 1995—1996 гг.

	По стране	В Косово
% родов без помощи квалифицированного персонала (1995 г.) a, b	8,3	27,1
Среднее число посещений врача после родов на одну женщину (1995 г.) c	4,5	0,7
Коэффициент младенческой смертности (1995 г.) b	16,8	23,6
Коэффициент смертности детей до 5 лет (1995 г.) b	19,4	27,7
% детей в возрасте 0—5 лет с задержкой в развитии (1996 г.) d	6,8	13,1
% детей, полностью вакцинированных на втором году жизни (1996 г.) d	65,3	53,0

Источники: а. База данных проекта MONEE. б. ЮНИСЕФ (1997б). с. Posarac (1998). d. IPHS, IPHM and UNICEF (1997).

Примечание: С задержкой в развитии считаются дети, рост которых для данного возраста на два или более стандартных отклонения меньше медианного значения для эталонной группы. Полная вакцинация включает прививки БЦЖ, АКДС, от кори и пероральную полиовакцину.

Для ситуации, сложившейся в Центральной Азии, также характерны признаки упадка и неравенства. Например, в Казахстане доля женщин, не получающих дородового медицинского обслуживания, колеблется от менее 1 процента на северо-востоке до 14 процентов на юге страны (за исключением Алматы). В Кыргызстане, как сообщается, основным фактором стало отсутствие возможности своевременной доставки беременных в медицинское учреждение. Более высокий уровень материнской смертности в отдаленном районе Талас отчасти объясняется ухудшением транспортных возможностей. Особое беспокойство вызывает положение в Таджикистане, где гражданская война привела к разрушению инфраструктуры здравоохранения и транспорта. Согласно оценкам, 35 процентов случаев смерти младенцев связаны с приемом родов на дому, зачастую без профессиональной медицинской помощи.

Медицинское обслуживание беременных и уход за ними до, во время и сразу после родов является основополагающим условием сохранения здоровья матерей. Необходим и более широкий подход, предусматривающий заботу о всех аспектах репродуктивного здоровья женщин. Планирование размера семьи и число аборт — вот те более широкие области, которые заслуживают особого внимания в данном регионе.

### Сохраняются очень высокие показатели аборт

Общие показатели аборт в регионе остаются очень высокими по сравнению с другими промышленно развитыми странами. В 1996 году в регионе средний коэффициент легальных аборт составил более 100 на 100 живорождений по сравнению со средним коэффициентом в странах Европейского союза 20 аборт на 100 живорождений в 1994 году. Высокие коэффициенты аборт можно отчасти объяснить двумя унаследованными от прошлого факторами. В данном регионе делается явно недостаточно для пропаганды планирования размера семьи и содействия ему на практике — ситуация, соответствующая проводимой

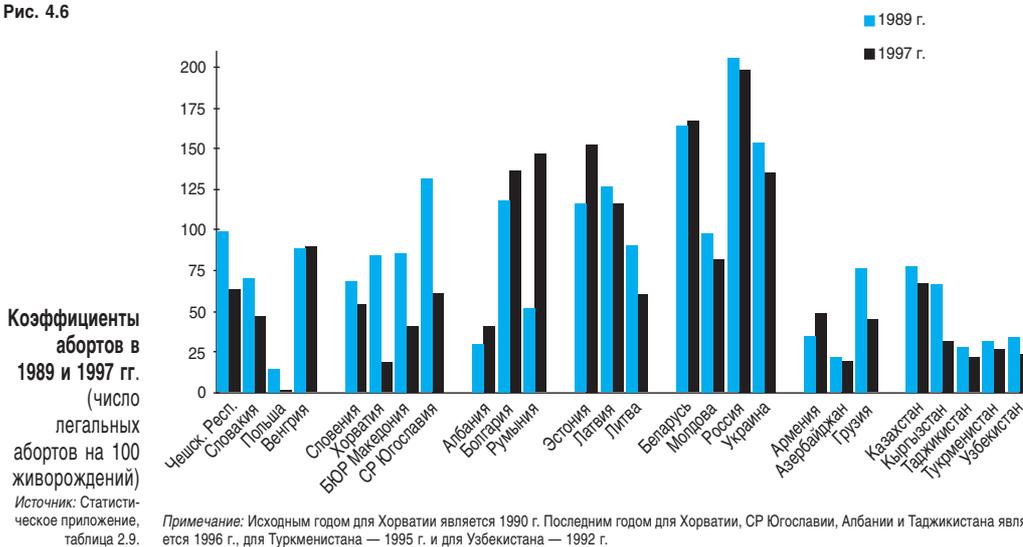
во многих странах политике поощрения рождаемости, как отмечается в главе 3. В то же время, как правило, гарантировался всеобщий доступ к легальным аборт в рамках основных услуг по охране здоровья женщин. Повышению официально зарегистрированного коэффициента аборт содействовало и отсутствие противозачаточных средств в условиях легальной доступности аборт и терпимости к ним со стороны общества.

Однако коэффициенты аборт в странах региона весьма различны. На рис. 4.6 представлены коэффициенты легальных аборт в 1989 и 1997 годах во всех переживающих переходный период странах, сгруппированных по географическим субрегионам. Эти коэффициенты особенно высоки в Юго-Восточной Европе (кроме Албании), западной части СНГ и балтийских государствах (кроме Литвы). Странами, где число легальных аборт на 100 живорождений почти соответствует средним показателям Европейского союза или даже ниже их, являются Польша (см. вставку 4.1), Хорватия, Азербайджан и Таджикистан. В России, в частности, в 1997 году на каждое рождение живого ребенка приходилось два аборт, то есть 2,5 млн. аборт. В 1997 году в семи странах региона число легальных аборт было выше числа живорождений, а еще в семи странах на каждые 100 рождений было сделано от 50 до 100 аборт.

За годы переходного периода абсолютное число легальных аборт снизилось во всех странах. Это число сократилось более чем вдвое в девяти странах и на 20—50 процентов — в десяти странах. Однако, проанализировав соотношение числа аборт и общего числа живорождений, можно заметить, что сокращение оказывается не менее значительным. Коэффициент аборт фактически вырос в Венгрии, Албании, Болгарии, Румынии, Эстонии, Беларуси и Армении. Польша и Румыния стоят особняком ввиду происшедших там изменений в законодательстве (см. вставку 4.1).

На рис. 4.7 представлены коэффициенты легальных аборт, сделанных в 15 странах в 1997 году женщинами всех возрастов и женщинам, не достигшим 20-летнего возраста, в сравнении с коэффициентами 1989 (или 1991) года. Рост коэффициента аборт у женщин моложе 20 лет превышал средние показатели роста, а уменьшение коэффициента не достигало средних показателей снижения. Исключение составили Албания, Беларусь, Грузия, Азербайджан и Казахстан. График также показывает, что вырос коэффициент легальных аборт, сделанных не достигшим 20-летнего возраста женщинами, в 9 из 15 стран Центральной Европы, Юго-Восточной Европы и Балтии, по которым имеются данные. Наиболее значительное сокращение произошло в Закавказье и в Центральной Азии.

Рис. 4.6



Вставка 4.1

### Легализация аборт в регионе

Во всех странах, охватываемых настоящим Докладом, за исключением (что следует особо отметить) Румынии и Албании, аборт был законодательно разрешен еще до наступления переходного периода. Женщины имели право на аборт, независимо от состояния их здоровья и по своей собственной инициативе (без согласия супруга). Зачастую женщинам даже предоставлялся на работе свободный день на аборт. В течение переходного периода несколько стран внесли коррективы в свои законы об абортах. В двух странах — Румынии и Польше — коррективы в законодательстве были значительными.

В новом законе об абортах в Румынии, вступившем в силу через день после падения прежнего режима в 1989 году, жесткие запретительные нормы были смягчены. После достижения пиковых значений в самом начале — до 300 аборт на 100 живорождений — коэффициент аборт остается высоким — 150 на 100 живорождений. В результате происшедшей либерализации число зарегистрированных случаев материнской смертности вследствие аборт снизилось с 545 в 1989 году (из общего числа случаев мате-

ринской смертности 627) до 51 в 1986 году, что означало снижение коэффициента материнской смертности на 76 процентов.

С марта 1993 года (за исключением периода с октября 1996 года по декабрь 1997 года) аборт в Польше разрешено делать только в случае тяжелого повреждения плода, или наличия серьезной опасности для здоровья женщины, или в том случае, когда беременность является следствием изнасилования. Практика же выглядит еще более запретительной, чем закон. Известно много случаев отказа в аборт женщинам, имеющим на то “законные основания”. По оценкам, польские женщины делают либо нелегально, либо за рубежом от 40 тыс. до 50 тыс. аборт в год. По официальным данным, в 1997 году было сделано 3200 легальных аборт. Несмотря на положения закона об аборт, ситуация с предоставлением услуг и просветительской деятельностью в области планирования размера семьи почти не улучшилась. По имеющимся сведениям, возросло и число детей, оставленных матерями в роддомах, а в четырех районах страны их число с 1992 по 1993 год удвоилось.

За большое общее число аборт в указанных странах общество платит слишком высокую цену. Несмотря на бытующее в обществе терпимое отношение к аборт, значительная часть женщин, сделавших аборт, испытывают чувство эмоциональной травмы. Как показали проведенные в Латвии и России обследования, около 70 процентов таких женщин сообщили, что после аборт переживают депрессию, а сам аборт воспринимают как психологическую травму.

Аборт также связаны и с серьезными опасностями для здоровья, особенно когда эта операция производится в небезопасных условиях. Аборт остаются одной из основных причин материнской смертности в данном регионе — на них приходится 20–25 процентов всех таких случаев. В России, например, аборт — причина 25–30 процентов случаев материнской смерти, и, по оценкам, 70–90 процентов аборт, заканчивающихся смертью женщины, производится нелегально. В Румынии, где уровень материнской смертности все еще высок — 41 случай на 100 тыс. живорождений, — свыше половины случаев материнской смерти происходит после аборт. В Казахстане в 1995 году причиной 19 процентов случаев материнской смерти стали аборт, почти половина которых была произведена нелегально.

Вследствие аборт происходят и такие осложнения, как заражение, кровотечения и анемия, повреждение внутренних органов и долговременные проблемы со здоровьем, в том числе

хронические боли и заболевания в области таза, преждевременные роды и бесплодие. В Украине, например, было обнаружено, что следствием аборт явились проблемы с репродуктивным здоровьем, которые привели к бесплодию 22 процентов семейных пар и воспалению репродуктивных органов у 30 процентов женщин, подвергшихся этой операции. В Казахстане 20 процентов аборт привели к осложнениям, треть которых потребовала госпитализации. В Румынии от 7 до 12 процентов аборт привели к осложнениям. В России от 13 до 17 процентов женщин имели кратковременные осложнения, почти половина которых привела к госпитализации, а от 3 до 10 процентов женщин имели долговременные осложнения. Вероятность возникновения осложнений выше, когда аборт делаются нелегально. Риск возникновения осложнений после аборт у подростков выше, потому что их репродуктивная система более

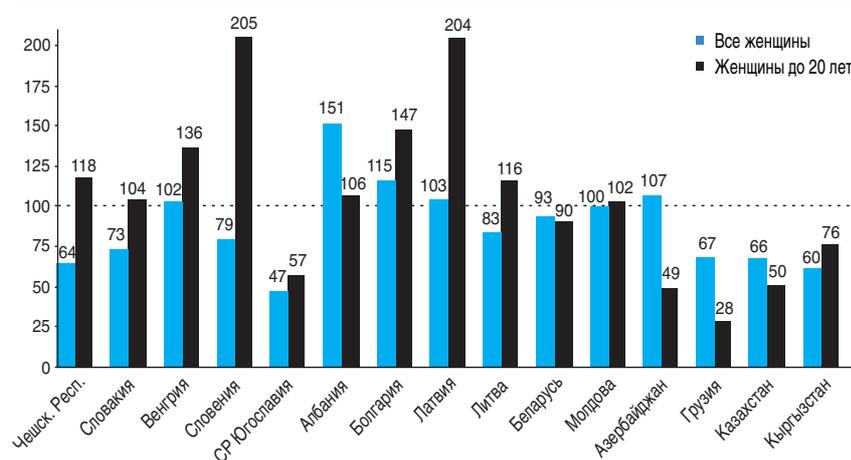


Рис. 4.7

Изменения в коэффициенте легальных аборт, 1989–1997 гг. (1989=100)

Источники: База данных проекта MONEE; Статистическое приложение, таблица 2.9.

Примечание: Коэффициент аборт в 1997 г. (1995 г. для Албании, 1996 г. для Словакии и СР Югославии) в сравнении с коэффициентом аборт в 1989 г. (1991 г. для стран бывшего СССР).

уязвима к травмам, чем у женщин более старшего возраста, а также потому, что они чаще прибегают к нелегальным абортам.

Аборты вместе с передающимися половым путем заболеваниями считаются основными причинами бесплодия, ведут к эрозии шейки матки, цервикальным и маточным спайкам, инфекциям в области таза и другим осложнениям. Во всем регионе, переживающем переходный период, сравнительно широко распространено бесплодие, а в некоторых странах число его случаев растет. Например, доля бесплодных ориентировочно составляет от 7 до 10 процентов замужних женщин в Эстонии и Беларуси, 15 процентов — в Молдове и от 10 до 15 процентов — в Литве и России. По сведениям специального медицинского центра в Москве, где лечатся от вторичного бесплодия, четыре из каждых пяти женщин пережили искусственное прерывание беременности. В Чешской Республике в 1993 году 13 процентов состоявших в браке или неофициальном сожительстве женщин лечились от бесплодия.

К числу многих приводящих к аборту причин личного порядка относятся нежелательная беременность в результате сексуального насилия, нежелание партнера иметь ребенка или изменения личных обстоятельств вследствие развода, потери работы, вынужденного перемещения или военных действий. Вместе с тем распространность абортов в данном регионе имеет еще и общественный аспект: отсутствие информации и просветительской деятельности по вопросам репродуктивного здоровья и контрацепции, а также отсутствие возможности выбора доступных и эффективных средств контроля над рождаемостью. Высокий коэффициент абортов в странах, переживающих переходный период, дорого обходится в плане здоровья женщин. Это — бремя, которое можно значительно облегчить путем обеспечения большего доступа к средствам планирования размера семьи.

### Недостаточный доступ к средствам планирования размера семьи

В пекинской Платформе действий говорится, что “права человека женщины включают и ее право осу-

ществлять контроль над вопросами, касающимися ее сексуального поведения, включая сексуальное и репродуктивное здоровье”, и что женщины и мужчины имеют право на информацию и доступ к “безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору”. Повсеместное наличие возможностей обучения и услуг в области планирования семьи входит также в число целей, поставленных Всемирной встречей на высшем уровне в интересах детей 1990 года.

В целом женщины всех стран региона, особенно молодые, сравнительно мало осведомлены о проблемах репродуктивного здоровья. Проведенные в Центральной Азии обследования свидетельствуют о том, что лишь 10 процентов женщин детородного возраста (15—49 лет) в Узбекистане в 1996 году и 29 процентов — в Казахстане в 1995 году знали о периоде возможного зачатия в течение цикла. В других странах, где осведомленность о репродуктивном здоровье в целом выше, молодым женщинам по-прежнему не хватало этих базовых знаний. В Чешской Республике в 1993 году до 61 процента юных женщин в возрасте 15—19 лет и 41 процент женщин в возрасте 20—24 лет не могли определить наиболее вероятный для зачатия период цикла. В Венгрии в 1995 году свыше 40 процентов девочек-подростков также не могли это сделать.

Осведомленность о различных методах контрацепции в целом более распространена, но по-прежнему не имеет всеобщего характера. Кроме того, эта осведомленность сама по себе еще не означает умения правильно пользоваться данными методами. Проведенное в 1993 году обследование десятиклассников Санкт-Петербурга показало, что лишь 25 процентов девушек и 35 процентов юношей знали, что презервативами следует пользоваться только один раз; около 38 процентов полагали, что их можно помыть и использовать вновь.

Это сочетание низкого уровня осведомленности и недостаточного доступа означает, что во время первого полового сношения противозачаточные средства в большинстве стран, по которым имеется информация, применяются редко. В таблице 4.2 показана частота использования молодыми женщинами

контрацептивов во время первого полового сношения. В Молдове в 1997 году менее 14 процентов незамужних женщин в возрасте от 15 до 24 лет воспользовались современными методами контрацепции во время первого полового сношения. Однако за годы переходного периода степень использования противозачаточных средств, по всей видимости, возросла повсеместно, за исключением Польши. Например, в Латвии частота использования контрацептивов во время первого полового сношения возросла менее чем за десять лет с 26 до 41 процента (сравниваются данные о женщинах, которым во время обследования было 25—29 лет, и о

Таблица 4.2

#### Использование контрацептивов при первом сношении

	% женщин	Год	Метод контрацепции	Возраст на момент опроса (лет)
Чешская Республика	27,1	1993	Презервативы	15—19
	20,2			20—24
Румыния	15,0	1996	Современные методы	15—24, незамужние
	4,8	1993		15—24, незамужние
Молдова	13,5	1997	Современные методы	15—24, незамужние
Россия	30,5	1996	Современные методы	15—24, незамужние
Польша	50,0	1991	Все методы	20—24
	49,8			25—29
	41,8			18—19
Латвия	37,7	1995	Все методы	20—24
	26,3			25—29

Источники: CSO et al. (1995); Serbanescu and Morris (1998a); ВЦИОМ, CDC and USAID (1998); Holzer and Kowalska (1997); Zvidrins, Ezera and Grétans (1998).

Примечание: Современные методы включают противозачаточные таблетки и ВМС.

тех, кому было 18—19 лет). В Румынии доля незамужних женщин, пользующихся контрацептивами, за три года почти утроилась — с 5 процентов в 1993 году до 15 процентов в 1996 году.

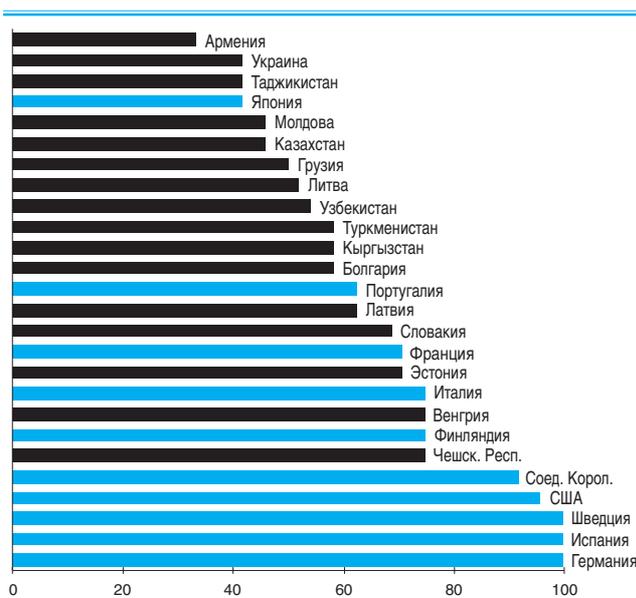
Большинство молодых женщин объясняли, почему они не пользуются контрацептивами, тем, что: не ожидали полового сношения; хотели забеременеть; не думали, что могут забеременеть. Отсутствие доступа к средствам контрацепции и их цена редко упоминаются в числе причин отсутствия предохранения; однако такие ответы предполагают осведомленность в вопросах контрацепции.

Помимо необходимости повышения осведомленности и углубления знаний в этой области большее значение имеет доступ ко всему диапазону современных методов контрацепции. В этом случае особенно важен именно достаточный диапазон, потому что разным группам пользователей подходят различные методы — в силу физических, мировоззренческих, экономических и социально-культурных причин, а с точки зрения здоровья женщинам на протяжении репродуктивного периода их жизни бывают нужны разные методы.

Организация “Международные действия в области народонаселения” разработала “Индекс вариантов контрацептивов” с целью информировать о наличии в той или иной стране различных средств контрацепции. Индекс за 1996 год, представленный на рис. 4.8, содержит сведения о шести современных методах контрацепции в странах региона, переживающих переходный период. Очевидно, что в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза выбор меньше, чем в странах Запада. Меньше всего таких средств в Центральной Азии, Закавказье и в западной части СНГ.

В ряде переживающих переходный период стран были предприняты усилия с целью расширить доступ к современным противозачаточным средствам. Однако в большинстве случаев наблюдается лишь очень медленный прогресс. На рис. 4.9 представлены уровни использования контрацептивов в разных странах в различные годы. В России этот уровень среди женщин в возрасте 15—49 лет несколько повысился — с 19 процентов в 1991 году до 24 процентов в 1995 году. В Беларуси после первоначального роста в 1990 году уровень опять снизился до значений, лишь немного превышающих тот, что существовал накануне переходного периода. Данные из административных источников по Словении свидетельствуют о том, что распространенность современных методов контрацепции за годы переходного периода фактически снизилась. Сокращение использования современных методов контрацепции наблюдалось также в Литве и Польше, где распространенность применения этих методов снизилось с 1992 по 1995 год более чем наполовину, возможно, в результате изменения отношения общества к этому вопросу.

Как показано в таблице 4.2, цена и наличие возможности для приобретения контрацептивов, возможно, не входят в

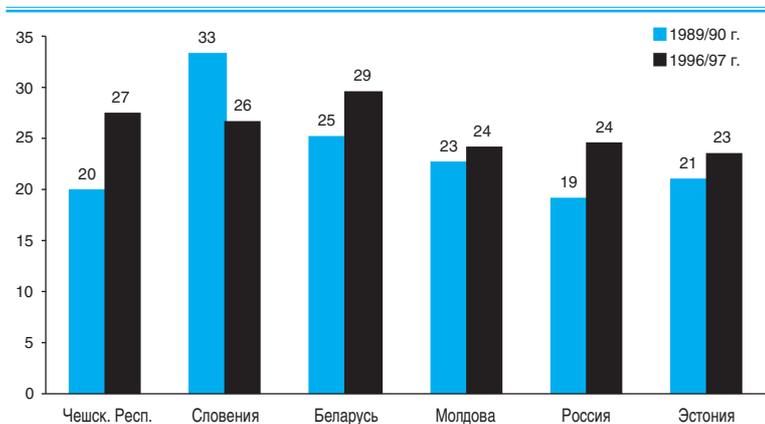


Примечание: “Индекс вариантов контрацептивов” содержит сведения о доступности шести методов контрацепции: презервативов, пероральных контрацептивов, ВМС, вагинальных контрацептивов, добровольной стерилизации женщин и вазэктомии. Доступность каждого метода измеряется по 20-балльной шкале, максимальный балл означает фактически полную доступность. Индекс переводит общий балл в 100-балльную шкалу.

**Индекс вариантов контрацептивов, 1996 г.**  
Источник: PAI (1997).

число основных причин их неиспользования во время первого полового сношения, но принимаются в расчет женщинами в последующий период их жизни. Например, в Беларуси в 1995 году среди основных причин неиспользования контрацептивов были названы: боязнь побочных эффектов (39 процентов), цена (27 процентов) и трудность приобретения (11 процентов). (Здесь важно отметить, что имеющиеся в этом регионе противозачаточные средства часто низкого качества, и этим объясняется распространенность опасений в отношении их побочных эффектов.)

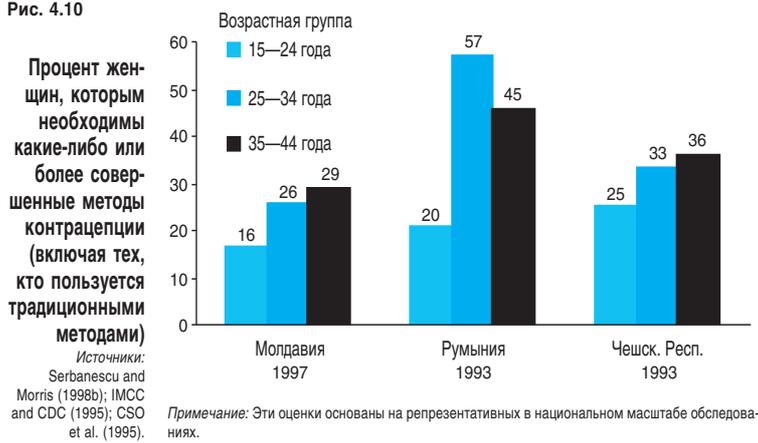
В большинстве стран, по которым имеются сведения, распространенность использования контрацептивов существенно различается в зависимости от уровня образования, социально-экономического положения и места жительства. Эти различия отчасти могут быть связаны со стоимостью и наличием средств контроля над рождаемостью, а также с осведомленностью о таких методах. Например, в Молдо-



Примечание: Исходным годом для Чешской Республики является 1992 г. Последним годом для Чешской Республики и Беларуси является 1995 г., для Эстонии — 1994 г. Эти оценки обычно основываются на количестве выписанных (или проданных) противозачаточных таблеток и числе ВМС, предоставленных в рамках системы здравоохранения. Оценки фактического применения основываются на обследованиях, в результате которых часто получаются иные цифры. По данным таких обследований в Словении, в 1989 г. фактически применяли современные контрацептивы 37% женщин детородного возраста и 47% — в 1995 г.

**Рис. 4.9**  
**Зарегистрированное применение современных контрацептивов 1989/90 и 1996/97 гг. (расчетный процент женщин детородного возраста)**  
Источники: Novák (1998); Shircel (1998); ЮНИСЕФ (1995а); Tafi (1998); Kuápriljanova (1998); Karro (1997).

Рис. 4.10



ве в 1997 году менее 40 процентов находившихся в худшем материальном положении женщин в возрасте от 15 до 44 лет, состоявших в браке или внебрачном союзе, применяли современные средства контрацепции по сравнению с почти 60 процентами материально лучше обеспеченных женщин той же возрастной группы. Имеющиеся данные по Кыргызстану свидетельствуют о том, что контрацептивами пользовались около 10 процентов женщин с неполным средним образованием по сравнению с почти 40 процентами женщин с законченным высшим образованием, причем эти средства реже применялись в сельской местности, чем в городах..

На рис. 4.10 представлена информация по трем странам о проценте женщин, которые совсем не применяли или применяли только традиционные методы контрацепции и которым необходимы какие-либо или более совершенные методы. Неудовлетворенные потребности в этом плане очень велики. В Румынии свыше 50 процентов женщин в возрасте 25—34 лет нуждаются в контрацептивах; даже в Чешской Республике не удовлетворена потребность в противозачаточных средствах более 30 процентов женщин в возрасте от 25 до 44 лет.

Во многих странах имеются экономические мотивы, побуждающие предпочесть аборт современным методам контрацепции. Например, в Болгарии стоимость одного аборта составляла в 1998 году менее 1 процента минимальной зарплаты, тогда как современные контрацептивы импортируются и стоят довольно дорого. В некоторых странах расходы на аборт субсидируются государством или женщина может потребовать дополнительное время для отсутствия на работе по болезни.

Кроме того, как врачи, так и женщины в этом регионе часто имеют отрицательное мнение о качестве современных противозачаточных средств. Обследования, проведенные в 80-х и начале 90-х годов, показали, что лишь очень немногие женщины считают противозачаточные таблетки или внутриматочные спирали (ВМС) надежными и безопасными. Два обследования, проведенных в России в 1982—1984 годах и в 1991 году, показали, что менее 20 процентов женщин считают противозачаточные таблетки надежными, безопасными и удобными. Даже среди гинекологов эти таблетки, как выяснилось, пользуются сравнительно низким доверием — лишь 62 процента

из них считают таблетки безопасным средством. Уже в середине 80-х годов советское Министерство здравоохранения издало инструкции, в которых открыто предупреждало об опасности применения пероральных контрацептивов. Порой преобладающее негативное отношение медиков к современным методам контрацепции является одним из факторов, замедляющих рост использования контрацептивов, наряду с высокой ценой и ограниченным поступлением на рынок этих средств. Для перехода от абортов к планированию семьи необходимо сначала научить самих врачей поощрять использование контрацептивов и методов предохранения и реже прибегать к абортам.

Некоторые страны проявили инициативу в деле содействия этому повороту от абортов к контрацепции как к одному из основных путей планирования семьи. Например, в Чешской Республике цена одной ВМС (действующей два года) или противозачаточных таблеток (с трехмесячным сроком действия) поддерживается на уровне примерно 3 процентов средней заработной платы, тогда как стоимость аборта превышает 30 процентов, за исключением тех случаев, когда аборт требуется по медицинским показаниям и производится бесплатно. В Эстонии женщины должны оплачивать половину стоимости аборта. Полученные средства идут на снижение цены противозачаточных таблеток для женщин на 90 процентов в первый год после родов и в течение трех месяцев после аборта, а также на снижение этих цен на 50 процентов для определенных категорий учащихся.

Информационно-пропагандистские кампании могут способствовать расширению использования средств планирования семьи. Во многих странах, например, женщины во время беременности регулярно проходят осмотр в медицинских учреждениях, но возможность обсудить проблемы планирования семьи, которую дают эти посещения, не используется.

В трех крупных российских городах в 1996 году работники здравоохранения обсуждали или предлагали обсудить проблемы контрацепции лишь с 34 процентами рожениц. Даже после аборта только 31 проценту женщин предлагались услуги или консультации в области контрацепции.

В школах большинства стран, охваченных настоящим Докладом, не проводится сексуальное просвещение. Даже в Румынии, где оно доступно, темы контроля над рождаемостью и контрацепции затрагиваются нечасто (см. вставку 4.4): свыше 75 процентов подростков получали сведения о репродуктивной системе, но со средствами контроля над рождаемостью были ознакомлены лишь менее 25 процентов подростков. (Во вставке 4.4 рассматривается, как сексуальное просвещение может снизить риск нежелательной беременности и заболеваний, передаваемых половым путем, — ЗППП.) Во многих странах неправительственные организации (НПО) и объединения осуществляют информационные программы по данной проблематике. Одна студенческая организация в Университете Тираны, Албания, дает консультации, предоставляет контрацептивы и проводит дискуссии по вопросам репродуктивного здоровья. В Узбекистане местные и международные НПО реализуют национальную программу планирования разме-

ра семьи, которая предоставляет как информацию, так и альтернативные варианты контрацепции. Такие инициативы имеют ограниченный масштаб и не могут претендовать на охват широких слоев населения. Включение же сексуального просвещения в школьную программу обеспечивает охват всех детей, даже представителей национальных меньшинств или жителей отдаленных сельских районов.

Наконец, важно понять, что репродуктивное здоровье женщины имеет и другие аспекты, выходящие за рамки деторождения. Число зарегистрированных случаев заболевания раком груди в большинстве стран данного региона за годы переходного периода, по-видимому, возросло. Этот рост отчасти можно отнести на счет более раннего диагностирования благодаря массовым обследованиям, хотя им охвачены еще далеко не все женщины. Например, в Латвии заболеваемость раком груди выросла с 44 случаев на 100 тыс. женщин в 1989 году до 64 в 1996 году. В некоторых странах число зарегистрированных случаев заболевания снизилось, в том числе в Азербайджане, Армении, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане, хотя это, возможно, связано со сниже-

нием степени выявления таких случаев. В данных пяти странах снизилось также число зарегистрированных случаев заболевания раком шейки матки. Однако в нескольких других странах региона зарегистрированная заболеваемость раком шейки матки возросла в связи с повышением степени выявления. Например, в Болгарии заболеваемость раком шейки матки увеличилась с 16 случаев на 100 тыс. женщин в 1989 году до 23 — в 1996 году. В Румынии в 1989—1994 годах этот показатель вырос с 19 до 23 случаев на 100 тыс. человек

Имеющиеся данные позволяют говорить о том, что улучшению состояния здоровья женщин в данном регионе способствовали бы повышение осведомленности, улучшение методик выявления заболеваний и совершенствование медицинской технологии и методов лечения этого вида ракового заболевания репродуктивных органов. Существование таких болезней свидетельствует о том, что репродуктивное здоровье женщины не ограничивается деторождением, а является неотъемлемой частью общего состояния ее здоровья.

## 4.2 Рост числа опасностей для здоровья, связанных с образом жизни

Политика и программы в области медицины и здравоохранения во всем мире большей частью уделяют особое внимание биологическим аспектам благополучия. Однако пристального внимания заслуживают не только биологические факторы, определяющие здоровье женщин, но и влияющие на него социально-культурные факторы, которые имеют гендерный аспект. В данном разделе рассматривается, в какой степени во время переходного периода экономический спад, более широкое распространение бедности и социальные перемены общего характера могут усугубить те опасности, которым подвергается здоровье женщин. Эти изменения в социальных факторах, воздействующих на состояние здоровья, осложнили доступ женщин к надлежащему питанию и услугам здравоохранения, а также возможность освоить и поддерживать навыки здорового образа жизни.

### Ухудшение питания

Различные группы населения данного региона сталкиваются с тремя видами проблем питания: недостаточное питание, недостаток микроэлементов в пище и избыточное питание (несбалансированное потребление питательных веществ). Особое распространение в большинстве стран приобретает, по-видимому, недостаток в пище микроэлементов. Это связано с целым комплексом факторов, включая уменьшение потребления продуктов питания в некоторых странах, снижение качества потребляемых продуктов и срыв выполнения ряда программ, связанных с питанием, таких как обогащение муки железом или снабжение беременных женщин и детей пищевыми добавками. Серьезное негативное воздействие недоедания проявляется не только в том, что оно может,

например, приводить к осложнениям при родах или их неблагоприятному исходу (см. рис. 4.3), но и в том, что повышается вероятность заболевания и смерти, а также снижается способность к деторождению.

Женщины очень уязвимы в отношении анемии (дефицита железа), что связано с их репродуктивной функцией. Потребности девочек в плане питания возрастают с наступлением пубертатного периода и началом менструаций, а некоторые важные для здоровья потребности в отношении питания женщин связаны как с менструациями, так и с деторождением. Немалая часть осложнений при беременности или случаев неблагоприятного исхода родов является прямым следствием недоедания матерей. В таблице 4.3 представлена информация о проценте живорождений с осложнениями, вызванными анемией, в некоторых странах бывшего Советского Союза. Таких сведений не имеется по странам Центральной и Восточной Европы, Юго-Восточной Европы и бывшей Югославии, где распространенность анемии, по-видимому, не столь велика. Но в связи с изменениями в характере питания, происшедшими в некоторых из этих стран, можно ожидать ухудшения положения в данной области.

Дефицит железа в организме матери сказывается и на ребенке не только потому, что анемия повышает опасность кровотечения и других осложнений при родах, но и вследствие того, что дети страдающих анемией матерей также более склонны к заболеванию анемией. Для детей с анемией характерны вялость и неспособность сосредоточиться, у девочек это состояние может еще более ухудшаться с наступлением переходного возраста.

Эта ситуация особенно тревожна в Центральной Азии, где 60 процентов женщин в возрасте 15—49 лет

Таблица 4.3

**Живорождения с осложнениями, вызванными анемией, 1989—1997 гг.**  
(в процентах)

	1989	1997
Балтийские страны		
Эстония	15	22
Латвия	13	22
Литва	6	35
Западная часть СНГ		
Беларусь	5	18
Молдова	6	27
Россия	5	25
Украина	3	24
Закавказье		
Армения	1	11
Азербайджан	4	10
Грузия	2	4
Центральная Азия		
Казахстан	11	50
Кыргызстан	15	47

*Источник:* База данных проекта MONEE.

*Примечание:* Данные по Армении касаются числа женщин с анемией до, во время или после родов на 100 живорождений. Исходным годом для Эстонии является 1992 г., для Литвы, Армении и Грузии — 1990 г.

в Узбекистане и почти 50 процентов женщин в Казахстане в той или иной степени страдают от анемии. У беременных женщин и кормящих матерей анемия проявляется более остро. Исследования, проведенные в Казахстане, свидетельствуют о снижении за последние десять лет потребления животных белков, наиболее нужных витаминов и микроэлементов. Связь между анемией матери и ребенка иллюстрирует крупномасштабное исследование проблем здоровья, проведенное в 1996 году в Узбекистане. Его результаты свидетельствуют

о том, что анемичное состояние детей тесно связано с анемией их матерей (во время проведения исследования, а не во время рождения): 41 процент детей, рожденных матерями с анемией средней степени, страдали тяжелой анемией или анемией средней степени по сравнению с 15 процентами детей, рожденных матерями, у которых не было анемии.

С дефицитом железа и недостатком других питательных веществ можно бороться разными способами. Просвещение по вопросам питания, направленное на изменение привычного рациона, является весьма эффективным с точки зрения затрат способом улучшения положения в данной области. Оно включает общее ознакомление населения с основами рационального питания, а также предоставление конкретной информации о правильном питании больных детей и беременных женщин. Например, это может быть столь простое дело, как приучить людей пить чай и не есть при этом хлеб, что принято в большинстве стран данного региона, поскольку чай мешает организму усваивать содержащееся в хлебе железо. Реализация программ обогащения микроэлементами самых распространенных продуктов питания, таких как хлеб, или обеспечения отдельно витаминами и отдельно минеральными веществами также представляет собой недорогостоящий способ снижения дефицита и тех и других в организме.

Во время переходного периода на питание жителей данного региона влияет множество факторов разного рода. Одни факторы, например повышение цен или снижение доступности, могли оказать отрицательное воздействие, тогда как другие, например усиление пропаганды здорового образа жизни и повышение осведомленности населения, могли оказать

позитивное влияние. В целом имеющаяся информация о качестве питания весьма скудна, но в России появились признаки снижения в рационе питания населения доли калорий, получаемых за счет жиров и белков. Снижение потребления жиров может оказать позитивное воздействие на те группы населения, которые потребляют их в большом количестве, вредном для здоровья, но оно может иметь и обратный эффект для тех, кто потребляет слишком мало жиров. Вызывает озабоченность и снижение потребления белков (см. вставку 1.6 в главе 1).

Об ухудшении положения в области питания свидетельствует рост процента взрослых, страдающих от избыточного веса, ожирения или недостаточного веса. В 1996 году в России 4 процента женщин в возрасте от 18 до 59 лет имели недостаточный вес, 28 процентов — избыточный вес и 24 процента страдали ожирением. При этом недостаточный вес более распространен среди молодых женщин, а избыточный вес и ожирение — среди женщин старшего возраста. Вместе с тем проведенное в 1993 году в трех городах России обследование детей младшего возраста и их матерей показало высокую распространенность недоедания: около 77 процентов женщин, 70 процентов семей и 32 процента детей были отнесены к категории недоедающих. Имеющиеся данные говорят о том, что женщины, возможно, хуже питаются, чем дети и другие члены семьи. Как говорится во вставке 4.2, имеются свидетельства того, что ухудшился и доступ к услугам здравоохранения.

### Распространение связанного с риском поведения

Переходный период способствовал созданию условий для все более широкого распространения поведения, связанного с риском. Рост бедности и социальной напряженности, более частые переезды и миграция, изменения в системе ценностей и рост преступности — все это способствовало росту злоупотреблений наркотическими средствами и распространению небезопасного сексуального поведения, что увеличило риск заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП).

Если в прошлом злоупотребление наркотическими средствами было скорее свойственно мужчинам, нежели женщинам, то в настоящее время картина в регионе меняется. Потребление алкоголя и курение получают все более широкое распространение среди женщин и девочек-подростков, что порождает новые опасности для здоровья. Кроме того, женщины страдают от последствий злоупотребления наркотическими средствами со стороны мужчин, роста насилия в семье или смерти партнеров. ЗППП представляют большую угрозу здоровью женщин, чем мужчин (см. вставку 4.3).

Важно отметить, что некоторые из названных явлений, такие как злоупотребление наркотиками и некоторые виды ЗППП, — относительно новые для региона. Влияние этих недавно возникших проблем усугубляется тем, что они имеют место в среде, где зачастую отсутствуют информированность по данным проблемам, соответствующее просвещение, инфра-

Вставка 4.2

### Уменьшение доступа к услугам здравоохранения

В большинстве стран региона обнищание и экономические трудности привели к уменьшению доступа населения к медицинским услугам, что часто связывается со снижением государственных ассигнований на здравоохранение. В странах, где система здравоохранения испытывает дефицит в предметах медицинского снабжения, семьям нередко приходится оплачивать всю или часть стоимости лекарств. Низкая заработная плата медицинских работников побуждает их брать дополнительную плату за свои услуги или уходить из государственной системы здравоохранения, особенно в сельских районах, чтобы заняться частной практикой, или вообще менять место работы.

Ухудшение медицинского обслуживания может сильнее сказаться на женщинах, чем на мужчинах, поскольку женщины, как правило, чаще пользуются услугами системы здравоохранения и обычно следят за здоровьем семьи. Рост платных медицинских услуг также может в большей степени отразиться на женщинах, поскольку в переходный период именно они больше пострадали в экономическом плане. Семьи с одним родителем, главами большинства которых являются женщины, особенно уязвимы в этом отношении.

Из разных стран поступают сведения о все более широком распространении практики неофициальной оплаты медицинских услуг. Например, по сообщениям, такая неофициальная оплата весьма распространена в Венгрии, Болгарии и Румынии. В Чешской Республике в 1997 году пациенты оплатили 11 процентов всех расходов на медицинское обслуживание. Имеются также свидетельства того, что большая часть государственных расходов на здравоохранение приходится на группы населения с более высоким доходом. Например, в Болгарии в 1997 году на долю беднейших 20 процентов населения приходилось менее 10 процентов общей суммы государственных расходов на здравоохранение, тогда как на долю наиболее обеспеченных 20 процентов населения приходилось свыше 30 процентов этой общей суммы — разрыв, который с 1995 года еще более увеличился.

По данным широкого обследования домохозяйств, проведенного в России в 1994—1996 годах, отсутствие денежных средств все в большей степени становится основной причиной невозможности приобретения лекарственных средств. Как показано в таблице 4.4, среди тех, кому выписаны лекарственные средства, доля имеющих возможность приобрести их снизилась с 62 процентов в 1994 году до 45 процентов в 1996 году. Из тех, кто не может приобрести лекарственные средства, 48 процентов в 1996 году (по сравнению с 23 процентами в 1994 году) назвали основной причиной их стоимость, а около 45 процентов (по сравнению с 76 процентами в 1994 году) — их отсутствие. В полученных недавно со-

общениях отмечаются трудности, с которыми сталкиваются престарелые граждане и другие группы населения, имеющие право на приобретение бесплатных или субсидируемых лекарственных средств, чтобы их отыскать или приобрести. Задолженность России зарубежным фармацевтическим компаниям в 1998 году достигла, по оценкам, 700 млн. долл. США.

Репрезентативное обследование, проведенное в Молдове в 1997 году, показало, что обычной практикой стала оплата стоимости лекарств, визитов к врачу и лечения в больнице. Свыше 80 процентов рожавших женщин вынуждены были заплатить за предоставленные им медицинские услуги. Это обследование также показало, что половина опрошенных семей не смогла приобрести выписанные лекарства главным образом из-за нехватки денег. Около 40 процентов семей с низкими доходами вынуждены были брать деньги в

Таблица 4.4

#### Доступ к предписанным врачом лекарствам в России, 1994—1996 гг.

При наличии рецепта, % лиц	1994	1995	1996
Способных приобрести лекарство	62	70	45
Неспособных приобрести лекарство	38	30	55
из них (%):			
из-за отсутствия лекарства в продаже	76	59	45
из-за стоимости	23	32	48
по другим причинам (отсутствие времени, желания)	2	9	8

Источник: Zohoori et al. (1997).

Примечание: Информация основана на данных Лонгитюдного мониторингового обследования в России — широкого, репрезентативного в масштабе страны обследования домашних хозяйств.

долг или продавать имущество, чтобы покрыть расходы на медицинское обслуживание.

Сообщается также о значительных трудностях с приобретением лекарств в странах Закавказья и Центральной Азии. Например, в 1994 году в районе Куба Азербайджана 80 процентов домохозяйств не смогли найти выписанных им лекарств. Две трети оплативших медицинские услуги вынуждены были взять деньги в долг или продать какие-то вещи, чтобы покрыть эти расходы, причем расходы на лекарства составили 62 процента всех расходов на медицинское обслуживание. В семьях, где один из членов был болен в течение того месяца, когда проводилось обследование, расходы на медицинское обслуживание составили в среднем 20 процентов от общей суммы расходов данной семьи. Имеющиеся данные по Казахстану свидетельствуют о том, что средства, потраченные пациентами больниц на лекарства, составили в 1996 году 25—30 процентов национального бюджета здравоохранения.

структура и программы борьбы с ними. Особенно уязвимы к «социальным болезням» подростки, даже физически здоровые.

Уровни потребления алкоголя среди взрослых мужчин и табакокурения среди мужчин и юношей в данном регионе почти не отличаются от наблюдаемых на Западе, но до последнего времени девушки и женщины здесь курили и пили сравнительно меньше.

В частности, девочки-подростки в регионе потребляли меньше табака и алкоголя, чем в странах Западной Европы. На рис. 4.11 показана процентная доля курящих 15-летних девушек в отдельных странах. (Данные относятся к 1993—1994 годам, когда, вероятно, уже стало ощущаться влияние переходного периода.) Рисунок свидетельствует о сравнительно благополучном положении женщин данного региона

Рис. 4.11

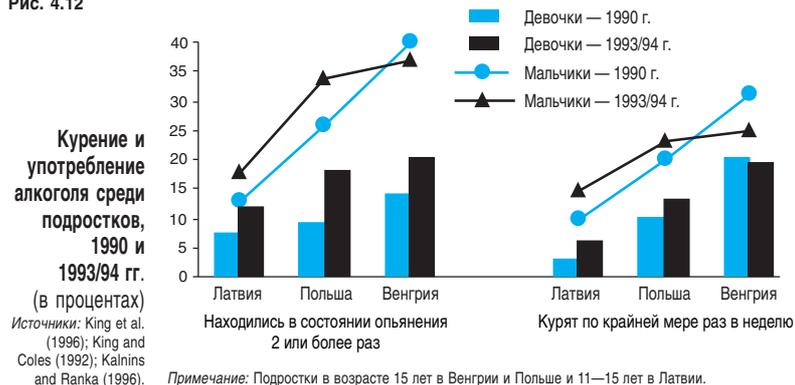


по сравнению с женщинами Западной Европы, которые столкнулись с такими проблемами здоровья, как рак легких, уже широко распространившийся среди них в то время. С началом переходного периода, однако, в большинстве стран, охваченных настоящим Докладом, это преимущество исчезает.

По прогнозам ВОЗ, наиболее серьезной причиной роста заболеваемости и смертности в данном регионе станет растущее табакокурение. По имеющимся оценкам, к 2020 году причиной более чем 20 процентов общего числа заболеваний среди взрослых в европейской части региона (за исключением стран Закавказья и Центральной Азии) будет курение. В более свободных условиях рынка целенаправленная ориентация рекламы табачных изделий на молодежь, особенно молодых женщин, и сравнительно низкие цены на сигареты, предлагаемые компаниями с целью привлечения новых покупателей, по всей вероятности, сыграют основную роль в распространении курения среди молодых женщин. Отсутствие контроля за сбытом, рекламой или стандартами качества и мер по их регулированию, наряду с растущим воздействием средств массовой информации, также будут способствовать втягиванию в курение молодых женщин. В отношении употребления алкоголя и курения разрыв между девочками-подростками данного региона и их ровесницами в странах Запада, к сожалению, сокращается.

На рис. 4.12 представлены оценки, полученные на основе проведенных в 1990 и 1993/94 годах обследований в Польше, Венгрии и Латвии. Они свидетельствуют о росте потребления алкоголя и табака среди подростков (за исключением потребления табака в Венгрии) и о гендерных различиях в этом

Рис. 4.12



отношении. В Польше доля девушек, общившихся, что они находились в состоянии опьянения по крайней мере два раза, увеличилась вдвое — с 9 до 18 процентов, — но осталась значительно более низкой, чем доля юношей. В Латвии процент курящих раз в неделю девушек также более чем удвоился за этот период. Аналогичные данные по Румынии свидетельствуют о том, что за период с 1993 по 1996 год доля курящих девушек в возрасте 18—19 лет возросла с 18 до 25 процентов.

Относящиеся ко всему населению данные по странам западной части СНГ и балтийским государствам позволяют говорить о росте потребления алкоголя с начала переходного периода и нередко о снижении качества потребляемых алкогольных напитков. Резкий рост в результате этого смертности среди мужчин от связанных с алкоголем болезней, как можно ожидать, отразится и на здоровье женщин и детей как прямо, так и косвенно — через пример, который они подадут детям, из-за усиления вызванного пьянством стресса, насилия в семье (часто связанного с пьянством), роста бедности (из-за утраты работоспособности) или смерти партнера или отца. Как показали опросы детей улицы в Киеве, у 63 процентов из них злоупотребляют алкоголем отцы, а у 55 процентов — матери; у 12 процентов — отцы и у 8 процентов — матери употребляют наркотики. При этом важно отметить, что, хотя уровень связанной с алкоголем смертности среди мужчин в России значительно превышает этот уровень среди женщин, темпы роста данного показателя с конца 80-х годов оказались для тех и других одинаковыми — признак того, что и женщинам не удалось избежать этой негативной тенденции. За период с 1987 по 1994 год смертность среди мужчин в возрасте 40—44 лет от связанных с алкоголем заболеваний увеличилась в 5 раз, а среди женщин того же возраста — в 6 раз.

Обращает на себя внимание рост распространенности определенных ЗППП в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Рост числа ВИЧ-инфицированных принял в последнее время ошеломляющие масштабы. Количество зарегистрированных случаев резко увеличилось: около 30 тыс. инфицированных в 1994 году и примерно 270 тыс. — в конце 1998 года. (По оценкам, только в 1998 году прибавилось 80 тыс. инфицированных.) Наиболее значительный рост отмечен в Беларуси, Молдове, России и Украине. (Украина в настоящее время является самой пострадавшей в этом отношении страной, где, по оценкам, число носителей вируса иммунодефицита человека стремительно возросло: около 1500 человек в 1994 году и примерно 110 тыс. в начале 1998 года). Если эта эпидемия распространится на более широкие слои населения, данный переживающий переходный период регион рискует оказаться одной из зон стремительного роста числа ВИЧ-инфицированных.

По всей видимости, этот резкий рост распространенности ВИЧ в западной части СНГ вызван внутренним введением наркотиков, а в некоторых час-

Вставка 4.3

### Женщины подвержены большему физиологическому риску ЗППП

Помимо социальных факторов, повышающих уязвимость девушек-подростков и женщин к ЗППП, сама биологическая природа делает их более подверженными этим заболеваниям. Более высокая уязвимость женщин к ЗППП при сексуальных контактах без использования предохранительных средств основывается на их физиологических особенностях.

- Женские репродуктивные органы имеют большую поверхность тканей, которые во время полового сношения подвержены риску воздействия множества болезнетворных микроорганизмов. Это особенно относится к молодым женщинам, чья цервикальная слизь служит меньшей за-

щитой от инфекции. Передача ВИЧ-инфекции от мужчины к женщине в два—четыре раза более вероятна, чем от женщины к мужчине.

- Для женщин ЗППП чреваты более многообразными последствиями, чем для мужчин, включая осложнения при беременности, общее заражение крови, спонтанные выкидыши и рождение мертвых младенцев.
- Симптомы ЗППП у женщин менее заметны, и поэтому их ранняя диагностика затруднена.

ЗППП у женщин серьезно отражаются и на детях, поскольку могут привести к преждевременным родам, рождению детей с низким весом и врожденными инфекциями.

тах данного региона потребление наркотиков быстро растет. В 1995—1997 годах 70 процентов всех ВИЧ-инфицированных в Украине составили употребляющие наркотики лица, особенно молодые люди, проживающие в городах черноморского побережья. Например, в Николаеве доля ВИЧ-инфицированных среди лиц, вводящих наркотики внутривенно, резко увеличилась: с 2 до 57 процентов за один только 1995 год. Точно так же и в России четверо из пяти вновь инфицированных были выявлены среди лиц, вводящих наркотики внутривенно. Поскольку большинство потребляющих наркотики лиц принадлежат к возрастной группе 15—24 года, наиболее затронутыми оказались подростки и молодые люди. Опыт некоторых западноевропейских стран показал, что распространение ВИЧ-инфекции может быть остановлено путем реализации программ, призванных убедить наркоманов перейти на более безопасные способы введения наркотиков. В Польше результатом инициативы, направленной на сокращение масштабов использования многими лицами одного и того же шприца для внутривенного введения наркотиков и стимулирование стерилизации инструментов, стало снижение начиная с 1990 года числа вновь инфицированных среди потребляющих наркотики лиц.

Существует совершенно определенная связь между наркоманией и проституцией, и, по всей вероятности, в ближайшее время инфекция получит распространение и среди других социальных групп в данном регионе. По данным, полученным из российского города Калининграда, около трети лиц, занимающихся проституцией, вводят наркотики внутривенно, а 80 процентов женщин, проходящих лечение в связи с вызванными ВИЧ-инфекцией заболеваниями, занимаются проституцией. Потенциальные темпы распространения инфекций вследствие небезопасного секса могут оказаться огромными в данном регионе. И опять же это скорее отразится на молодых людях, нежели на остальных группах населения, и на женщинах в большей степени, чем на мужчинах (см. вставку 4.3).

Кроме того, в некоторых странах произошла новая резкая вспышка заболеваемости сифилисом — болезнью, более известной в этом регионе. Эта тенденция вызывает особое беспокойство, поскольку

свидетельствует о том, что все более широкие слои населения пренебрегают безопасным сексом и, следовательно, подвергают себя опасности заражения ВИЧ.

К началу 90-х годов сифилис был в этом регионе практически искоренен, но в настоящее время эта болезнь вновь быстро распространяется во многих странах, за исключением Хорватии и Польши. Такой рост заболеваемости можно отчасти объяснить разрушением систем борьбы с ЗППП, которые предусматривали отслеживание, оповещение и лечение всех инфицированных и их партнеров. В таблице 4.5

Таблица 4.5

#### Уровень заболеваемости сифилисом, 1997 г.

(вновь зарегистрированные случаи заболевания на 100 тыс. человек)

Центральная Европа	Словакия	3,5
	Венгрия	3,0
Бывшая Югославия	Словения	1,3
	Хорватия	0,4
Юго-Восточная Европа	Болгария	87,4
	Румыния	31,6
Центральная и Восточная Европа, в среднем		11,2
Балтийские страны	Латвия	121,8
	Литва	84,9
Западная часть СНГ	Россия	276,1
	Украина	147,7
Закавказье	Армения	16,7
	Азербайджан	7,6
Центральная Азия	Узбекистан	35,6
	Туркменистан	54,0
Бывший СССР, в среднем		220,6
Европейский союз, в среднем	Испания	2,1
	Италия	0,8
	Соединенное Королевство	2,5
	Нидерланды	1,4
Европейский союз, в среднем		1,6

Источники: База данных проекта MONEE; ВОЗ (1998) по Хорватии, Узбекистану, Западной Европе и средним показателям.

Примечание: Данные по Хорватии, Румынии, Узбекистану, Западной Европе и средним показателям приводятся за 1996 г. (для Соединенного Королевства — за 1995 г.).

показана заболеваемость сифилисом в ряде стран каждого субрегиона и ряде стран Европейского союза. Совершенно очевиден резкий контраст между этими регионами, поскольку средний уровень заболеваемости составляет 2 случая на 100 тыс. человек в странах Европейского союза, 11 случаев — в странах Центральной и Восточной Европы и 221 случай — в странах бывшего Советского Союза, причем последний показатель более чем в 100 раз превышает показатели по ЕС. Зарегистрированная заболеваемость показана в расчете на 100 тыс. населения; расчеты заболеваемости по отношению только к тем, кто с большей вероятностью ведет активную половую жизнь, дают гораздо более высокие показатели. Например, в России распространенность этого заболевания на 100 тыс. человек в возрасте от 18 до 59 лет составляла в 1997 году 476 человек, и это означает, что примерно один из каждых 200 взрослых заразился сифилисом только за один этот год.

Показатели заболеваемости в странах Центральной Европы и бывшей Югославии сопоставимы с показателями западноевропейских стран, но в странах Юго-Восточной Европы они значительно выше. В странах бывшего Советского Союза, расположенных в западной части СНГ, и балтийских государствах уровень заболеваемости особенно высок, тогда как в странах Закавказья и Центральной Азии он ниже, за исключением Казахстана и Кыргызстана, где уровень заболеваемости такой же, как в западной части СНГ (см. также Статистическое приложение, таблица 6.4).

Рис. 4.13

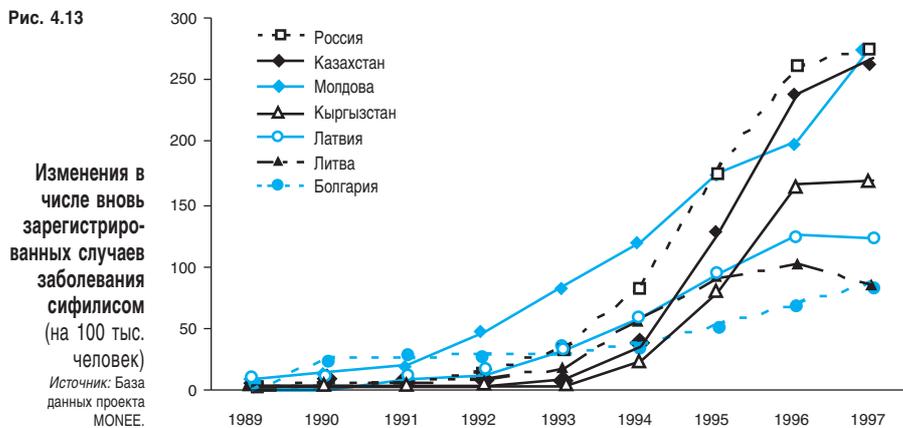
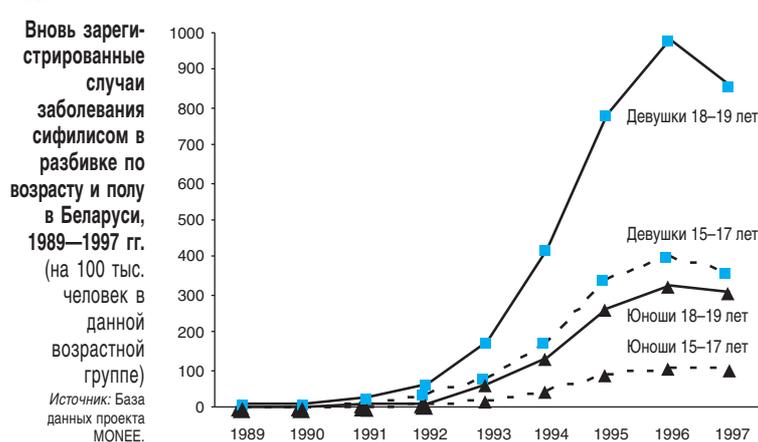


Рис. 4.14



Эти поразительные различия между указанными субрегионами резко контрастируют с ситуацией, существовавшей в конце 80-х годов, когда средний уровень заболеваемости во всех субрегионах Европы (в 1989 году) был примерно одинаковым — два случая на 100 тыс. человек в странах Европейского союза, шесть случаев — в странах Центральной и Восточной Европы и четыре случая — в Советском Союзе. Резкий рост заболеваемости сифилисом иллюстрируется рис. 4.13, где представлены показатели этой заболеваемости в семи странах региона за период с 1989 по 1997 год. В 11 странах региона число новых случаев заболевания сифилисом увеличилось более чем в 10 раз за период 1990—1996 годов. Наибольший рост отмечен в бывшем Советском Союзе, в частности в странах, расположенных в западной части СНГ, балтийских государствах и Центральной Азии. Распространенность этого заболевания в Болгарии увеличивается с 1993 года. В ряде стран ежегодные темпы роста числа новых случаев заболевания сифилисом замедлились в 1997 году.

Данные относительно заболеваемости сифилисом в разбивке по возрасту и полу свидетельствуют об уязвимом положении подростков и молодежи в целом и девушек-подростков в частности. В Беларуси, где эта болезнь быстро распространяется, уровень заболеваемости среди молодежи значительно выше. На рис. 4.14 показана распространенность заболевания сифилисом среди подростков. Хотя темпы роста заболеваемости среди юношей и девушек-подростков

аналогичны темпам роста этого показателя для мужчин и женщин более старшего возраста (190 новых случаев заболевания на 100 тыс. женщин и 210 случаев — на 100 тыс. мужчин в 1997 году), эти темпы гораздо выше среди девушек в возрасте 15—19 лет, чем среди их ровесников мужского пола (см. вставку 4.3). В 1996 году почти 1 процент девушек в возрасте 18—19 лет были заражены сифилисом (уровень заболеваемости — 984 случая на 100 тыс. человек) по сравнению с 0,3 процента юношей того же возраста. Такое же положение в Молдове и Украине, несколько хуже — в России, где в 1997 году 1,3 процента девушек в возрасте 18—19 лет были зарегистрированы как заболевшие сифилисом (новые случаи).

Наряду с переживаемыми в настоящее время серьезными финансовыми трудностями государственные службы здравоохранения столкнулись с требующим немедленных медицинских мер ростом случаев ЗППП, а также с долговременными проблемами со здоровьем, связанными с этими заболеваниями, особенно у молодежи. Борьбу с заболеваниями, передающимися половым путем, в данном регионе надо начинать немедленно путем организации просветительских кампаний, в первую очередь адресованных молодежи, и обеспечения большего доступа к надежным средствам предохранения. Осведомленность молодежи о ЗППП и о том, как они передаются, по-прежнему очень мала (вставка 4.4), и сексуальное просвещение могло бы помочь более широкому распространению таких знаний (вставка 4.5).

Вставка 4.4

### Осведомленность молодежи о ЗППП

Обследования молодых людей, проведенные в разных странах данного региона, выявили недостаточность их знаний о заболеваниях, передающихся половым путем, и средствах предохранения. Как и в других областях, связанных со здоровьем, отсутствие информации и неосведомленность являются основным препятствием для молодых людей на пути к здоровому образу жизни.

Так, в Румынии довольно распространено общее сексуальное просвещение, и 88 процентов девушек и 77 процентов юношей в возрасте 15—24 лет получают некоторые знания в этой области в учебном заведении. Однако такие темы, как передача ЗППП или СПИДа, если и обсуждаются, то нечасто. Как видно из рис. 4.15, лишь немногим более трети молодых людей получили знания в этой области. Семьи, по-видимому, также не являются альтернативным источником информации: родители обсуждают вопросы предотвращения заболевания СПИДом только с 28 процентами девушек и 16 процентами юношей.

Невысокий уровень применения противозачаточных средств молодыми людьми, как показано в таблице 4.2, также указывает на отсутствие знаний о ЗППП и путях их передачи в таких странах, как Молдова и Россия, где масштабы заболеваемости растут.

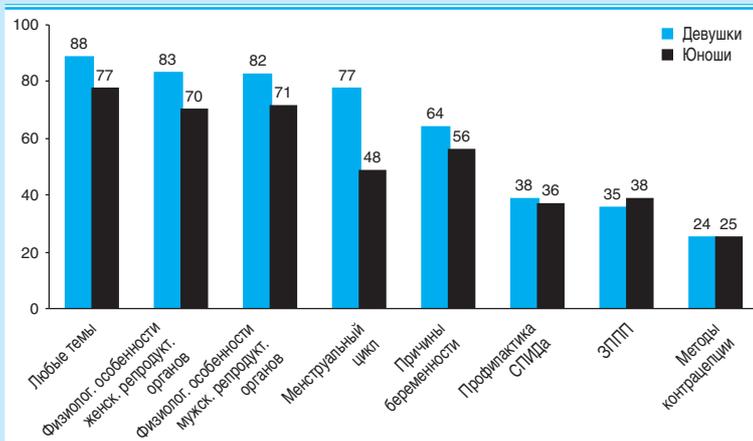


Рис. 4.15

Сексуальное просвещение в учебных заведениях для возрастной группы 15—24 года в разбивке по темам и полу, Румыния, 1996 г.

Источник: Serbanescu and Morris (1998a), Table 4.3.

### Гендерные аспекты стресса и депрессии

Как было определено в начале настоящей главы, здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или недугов. Эпидемиологические и антропологические обследования свидетельствуют

о существовании гендерных различий в картине психических расстройств и психологического дистресса. Имеются все основания утверждать, что женщины чаще испытывают депрессию, чувство тревоги и психологический дистресс, тогда как среди мужчин более распространены наркотическая зависимость и членовредительство: подтверждением служит и на-

Вставка 4.5

### Просвещение в области сексуального здоровья снижает риск

Большинство людей начинают вести активную половую жизнь в подростковом возрасте. Кроме того, в юные годы чаще, чем в более позднем возрасте, меняются партнеры в плане как случайных связей, так и в стабильных моногамных отношениях. Следовательно, имеют место сексуальные контакты с несколькими партнерами, даже если кумулятивный риск порой оказывается скрытым за внешней моногамией и привязанностью при каждом случае непостоянных отношений. Более высокий риск сексуальных контактов без использования средств предохранения среди молодых людей отражается в непропорционально высоких уровнях распространенности ЗППП и нежелательной беременности среди молодежи. Недавно вспыхнувшая в регионе эпидемия ВИЧ/СПИДа создает новые проблемы и требует широкого сексуального просвещения в вопросах, которые традиционно являлись запретными. Просвещение в области сексуального здоровья необходимо для обеспечения здоровых сексуальных отношений и ответственного сексуального поведения.

Проблема просвещения детей и подростков в области сексуального здоровья вызывает дискуссии, и зачастую раздаются обвинения, что такое просвещение способствует ранней или повышенной сексуальной активности. Недавнее тщательное изучение этой проблемы на основе проведенных главным образом в Северной Америке и Западной Европе исследований показало, что факты не подтвержда-

ют этого утверждения. Наоборот, было установлено, что сексуальное просвещение способствует отсрочке первого полового сношения и предупреждению заражения ВИЧ, ЗППП и нежелательной беременности среди сексуально активных молодых людей.

Важно отметить, что решения по репродуктивным вопросам женщины принимают под непосредственным влиянием своих партнеров, об ответственности которых не следует забывать. Молодым женщинам грозят определенные опасности, являющиеся следствием их как физической, так и социальной уязвимости (см. вставку 4.3). Ответственность за применение противозачаточных средств или защиту от ЗППП часто возлагается на девушек и женщин, хотя их положение не всегда позволяет им сделать такой выбор: женщинам традиционно предписывается пассивная роль в сексуальных отношениях; их партнеры, как правило, бывают старше, и девушкам в большей степени, чем юношам, свойственно считать их отношения стабильными, исполненными преданности и, следовательно, не требующими защиты. Для успеха программ сексуального просвещения необходимо, чтобы они были адресованы также юношам и молодым мужчинам и содержали анализ ситуаций, в которых происходят сексуальные контакты. Это может способствовать изменению взглядов на гендерные роли при сексуальных контактах в сохранении репродуктивного здоровья и во взаимоотношениях между мужчинами и женщинами в целом.

блюдаемый в некоторых частях региона рост смертности среди мужчин, связанной со злоупотреблением алкоголем и самоубийствами. Положение женщин в обществе, в том числе выполнение ими роли матери и функций по уходу за членами семьи, а также их большая зависимость от социальных структур могут служить защитными факторами и удерживать их от таких видов экстремального поведения, как злоупотребление наркотическими средствами, насилие и самоубийство.

Данные об эмоциональном и психическом здоровье населения этого региона в годы, предшествовавшие переходному периоду, почти полностью отсутствуют. Однако в последние годы было проведено несколько обследований, посвященных этой теме. Они показывают, что женщины особенно сильно подвержены опасности развития депрессии и эмоциональных расстройств. Ухудшение условий жизни в большинстве стран данного региона дает основания полагать, что эта опасность увеличилась за время переходного периода. Безусловно, многие формы расстройств психики в значительной мере развиваются под воздействием окружающей среды.

В 1990 году Всемирный банк и ВОЗ провели оценку потерь вследствие преждевременной смерти и нетрудоспособности в различных регионах мира. В данном регионе, переживающем переходный период, психические расстройства составляют около 14 процентов всех видов заболеваний и недугов, и, по оценкам, можно ожидать резкого роста их доли в ближайшие десятилетия. В таблице 4.6 показана процентная доля различных заболеваний в общем числе проблем психического здоровья, с которыми сталкиваются мужчины и женщины.

Депрессивные и связанные с посттравматическим стрессом расстройства составляют треть случаев потери трудоспособности вследствие проблем с психическим здоровьем у женщин и лишь 10 процентов — у мужчин. С другой стороны, наркотиче-

ская зависимость и членовредительство составляют 60 процентов от общего количества проблем с психическим здоровьем у мужчин и только 18 процентов — у женщин. Кроме того, женщины, как правило, сообщают более низкие субъективные оценки своего здоровья. Имеющиеся сведения по данному региону схожи с информацией по странам Западной Европы: доля мужчин, сообщающих о хорошем состоянии здоровья, в среднем на 10 процентных пунктов превышает этот показатель у женщин.

Научные исследования, проводимые в странах всего мира, указывают на социальное происхождение психологического дистресса у женщин. К числу факторов, представляющих угрозу для здоровья женщин, относятся их более низкий социальный и экономический статус, физическое или сексуальное насилие, стресс, вызываемый “двойной нагрузкой” (выполнением оплачиваемой и неоплачиваемой работы), незащищенность, изолированность, зависимость, безработица и потеря связанной с этим поддержки социальных структур или трудности с обеспечением семьи всем необходимым. В некоторых случаях требуется профессиональное лечение психологического дистресса, хотя в системах здравоохранения региона этому в основном не придается должного значения. Однако в долгосрочном плане улучшение состояния здоровья женщин и достижение ими более равноправного положения требуют значительно большего внимания к причинам нарушений психического здоровья.

Различия в субъективном восприятии своего состояния у мужчин и женщин наблюдаются уже в юном возрасте. В таблице 4.7 представлено процентное соотношение детей в возрасте 15 лет, сообщающих о наличии у них различных симптомов и о своих субъективных ощущениях, выведенное на основе данных крупномасштабных обследований детей в странах Центральной Европы, балтийских государствах и России. Девушки чаще, чем юноши, жалуются на головные боли, боли в желудке, нервозность, ощущение одиночества, подавленность или депрессию. Так, в среднем на 20 процентов больше девушек, чем юношей, сообщают о головных болях и на 15 процентов больше — о депрессии. Эта информация основывается на личных жалобах опрошенных на наличие симптомов и субъективных ощущений. Следовательно, она отражает субъективную оценку здоровья и не обязательно свидетельствует о действительной медицинской/клинической распространенности этих проблем. Тем не менее она дает основания полагать, что, независимо от реальных масштабов распространенности этих явлений, девушки более склонны считать, что имеют проблемы со здоровьем, и, следовательно, дают более низкую субъективную оценку состояния своего здоровья.

Таблица 4.6

### Относительная доля различных проблем психического здоровья в европейских странах с переходной экономикой, 1990 г.

(процент от всех проблем психического здоровья)

	Женщины	Мужчины
Депрессивные расстройства	25	7
Расстройства, связанные с посттравматическим стрессом	8	3
Всего случаев депрессивных и связанных с посттравматическим стрессом расстройств	33	10
Алкогольная и наркотическая зависимость	10	39
Членовредительство	8	25
Всего случаев алкогольной и наркотической зависимости и членовредительства	18	64
Болезнь Альцгеймера и другие виды слабоумия	27	11
Другие заболевания	22	15
Всего проблем психического здоровья	100	100
Доля проблем психического здоровья в общем числе случаев потери трудоспособности	13	14

Источник: Всемирный банк (1993).

Примечание: Охвачены страны Центральной и Восточной Европы, Юго-Восточной Европы, бывшей Югославии, балтийские страны и страны западной части СНГ (19 стран).

Таблица 4.7

**Здоровье 15-летних в странах Центральной Европы, странах Балтии и России, 1993/94 г.**

(в процентах)

	Чувствуют себя здоровыми		Головные боли		Боли в желудке		Нервозность		Чувство одиночества		Подавленность или депрессия	
	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики
Чешск. Республика	25	32	—	—	—	—	—	—	22	14	—	—
Словакия	22	40	41	20	25	15	73	57	18	12	25	20
Венгрия	16	19	41	19	17	11	61	49	25	14	54	34
Польша	13	25	33	14	13	6	69	51	19	7	29	12
Эстония	10	24	31	19	18	13	54	45	20	11	32	17
Латвия	17	32	36	14	22	9	53	31	25	14	31	17
Литва	18	33	42	22	22	10	57	39	29	17	31	17
Россия	14	29	41	19	14	11	54	34	26	15	35	17

Источник: King et al. (1996)

Примечание: В отношении головных болей, болей в желудке, нервозности, чувства подавленности или депрессии каждому был задан вопрос о том, испытывал ли он(она) их один или более раз в неделю в течение последних шести месяцев. В отношении чувства одиночества задавался вопрос, испытывал ли подросток это чувство очень или довольно часто. Данные по России относятся к Санкт-Петербургу и области.

Результаты этого обследования особо выделяют большую готовность девушек обсуждать свои проблемы, их специфическое восприятие состояния собственного здоровья и воздействие на них окружающей социальной среды. Этим девушкам еще придется столкнуться с такими серьезными проблемами в жизни женщины, как необходимость рожать и растить детей и заботиться о семье или кумулятивный эффект гендерных предубеждений, но они уже сейчас испытывают существенный эмоциональный и психический стресс.

В ходе обследования в Эстонии в 1994 году была произведена оценка опасности социального отчуждения на основе таких критериев, как материальные трудности, изоляция и аномия (утрата норм). В таблице 4.8 приводится процент женщин и мужчин, отнесенных к разрядам лиц, которым грозит высокая, средней степени или небольшая опасность социального отчуждения. Эти данные подтверждают, что женщинам в большей степени грозит опасность социального отчуждения или, другими словами, малого участия в жизни общества. Например, было выявлено, что большая опасность социального отчуждения грозит 40 процентам женщин по сравнению с 26 процентами мужчин. В ходе обследования было установлено, что это связано с меньшей степенью участия женщин в рабочей силе, большей зависимостью от социальной помощи, меньшей возможностью зарабатывать деньги и преобладанием женщин среди одиноких родителей. Эта большая опасность отчуждения от основных направлений развития общества, в свою очередь может приводить к более высокой опасности развития депрессии и стресса.

Исследования психического здоровья беременных женщин дают дополнительные сведения, свидетельствующие о переживаемых женщинами эмоциональных проблемах. Беременность является периодом, когда весьма вероятны рост беспокойства и подавленности, а также ослабление эмоционального равновесия. Было обнаружено, что развитию эмоциональных расстройств во время беременности способствуют создающие напряженность стрессовые ситуации в жизни и ограниченное участие в жизни обще-

ства. Исследование, проведенное в 1990—1992 годах в четырех городах — Эйвоне (Англия), Ярославле (Россия), Брно и Зноймо (Чешская Республика), — позволило провести одновременный анализ эмоционального состояния женщин, насыщенности их социальных связей и контактов, а также поддержки, оказываемой им во время беременности. Было выявлено, что уровень клинической депрессии в Англии выше, чем в Чешской Республике или России. С другой стороны, оказалось, что средний уровень неклинической депрессии несколько выше в Чешской Республике, чем в Англии, и значительно выше в России, чем в двух других странах, что свидетельствует о более высоких уровнях стресса в семьях и обществе в переходный период.

В России и Чешской Республике женщины получали меньше поддержки, чем в Англии. Например, у 30 процентов женщин в Британии и только у 18 процентов в Чехии и 8 процентов в России имелись четыре или более человек, с кем они могли обсудить “важные решения”. Российские и чешские женщины менее склонны к общению с другими бе-

Таблица 4.8

**Оценка опасностей социального отчуждения в Эстонии, 1994 г.**

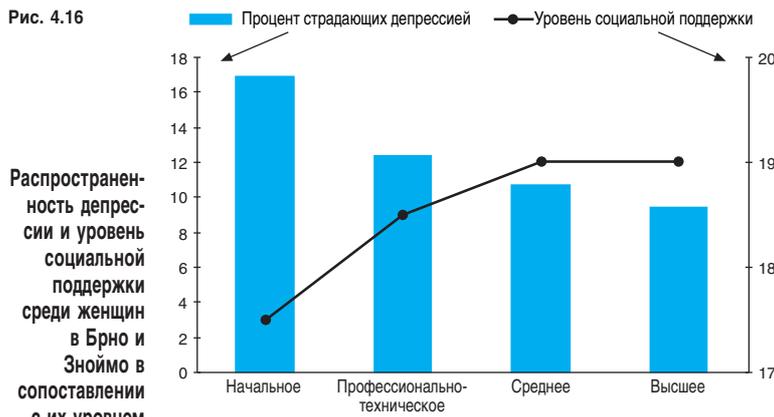
(в процентах)

Процент лиц с расчетным	Женщины	Мужчины
низким риском	25	43
средним риском	35	31
высоким риском	40	26
Всего	100	100

Источник: Результаты обследования NORBALT 4550 лиц, организованного Министерством социальных дел и Статистическим управлением Эстонии и Норвежским международным институтом прикладных социальных исследований, которые представлены в ПРООН (1997а).

Примечание: Оценка опасности социального отчуждения основывается на 15 показателях материальных трудностей, изоляции и аномии (утрата норм): потеря регулярного дохода, жизнь на социальные пособия, плохое здоровье, отсутствие медицинской страховки, нехватка средств на оплату жилья, неучастие в рынке труда, проживание без других взрослых, чувство страха в общественных местах или дома, неучастие в ассоциациях, отсутствие интереса к политике, недоверие к властям, непонимание политики, неверие в демократию, ощущение собственной ненужности, отсутствие планов на будущее. Лица классифицируются в соответствии с общим числом показателей, применимых к их положению: 0—6 — “низкий” риск, 7—9 — “средний” риск, 10—15 — “высокий” риск.

Рис. 4.16



Примечание: Женщины считаются страдающими от депрессии, когда их состояние по эдинбургской шкале послеродовой депрессии оценивается в 13 или более баллов. Уровень социальной поддержки является субъективной оценкой женщинами поддержки со стороны партнеров, друзей и родственников. Выборкой было охвачено 3900 женщин, проживающих в Брно и сельском районе Зноймо, Чешская Республика.

Распространенность депрессии и уровень социальной поддержки среди женщин в Брно и Зноймо в сопоставлении с их уровнем образования, 1990–1992 гг.  
Источник: Koupilova et al. (1996).

ременными женщинами и более склонны сомневаться в том, что соседи окажут им помощь в сложной ситуации и что государство поддержит их в случае возникновения каких-либо проблем. В двух вышеуказанных чешских городах, где соответствующие харак-

теристики можно было соотносить с уровнем образования матерей, явно выраженные тенденции указывают на то, что степень социальной поддержки повышается, а уровень заболеваемости клинической депрессией снижается с повышением образовательного уровня. На рис. 4.16 показаны распространенность депрессии и уровень социальной поддержки, оказываемой разными общественными структурами, среди женщин в Чешской Республике с разным уровнем образования.

Большая распространенность клинической депрессии и депрессивных расстройств среди женщин по сравнению с мужчинами вызывает множество вопросов об этих различиях в состоянии здоровья мужчин и женщин: имеется ли биологическая основа для этих гендерных различий в состоянии психического здоровья? Почему женщины и мужчины по-разному реагируют на травмирующие психику факторы и стресс? Сколь велико влияние социально-экономического неравенства на психическое здоровье женщин и в какой степени психическое здоровье женщин влияет на их способность участвовать в жизни общества? И самое главное: каковы масштабы необходимой помощи? ■

### 4.3 Выводы

В целом женщины данного региона подошли к переходному периоду, имея сравнительно хорошее состояние здоровья и адекватный доступ к основным услугам здравоохранения. Однако и тогда некоторые элементы этой общей картины состояния здоровья женщин вызвали серьезное беспокойство. Имеется в виду сравнительно высокий уровень младенческой смертности во многих странах, высокий уровень материнской смертности и чрезвычайно высокие общие коэффициенты абортных. В переходный период наблюдались как размывание достижений существующей системы охраны здоровья женщин, так и неспособность решить такие совершенно очевидные проблемы, как материнская смертность. Страны, имевшие до переходного периода “более высокий” уровень здравоохранения и состояния здоровья населения, понесли, как правило, меньшие потери, чем те, что начинали с “более низкого” стартового уровня. Во всех странах отмечается значительное и зачастую все возрастающее неравенство между разными социально-экономическими группами.

Почти две трети стран региона отмечают в своих сообщениях снижение показателей материнской смертности, а треть стран — повышение. И все же в 17 странах региона показатели материнской смертности по-прежнему превышают максимальные показатели, которые ВОЗ считает допустимыми для Европы. Во многих странах по мере ухудшения медицинского обслуживания в перинатальный период росло количество всех видов послеродовых осложнений. По международным стандартам общие коэффициенты абортных в этих странах давно уже были очень высокими и остаются на высоком уровне в течение всего переходного периода, в среднем в 5 раз превышая

средние показатели по Европейскому союзу. Этот высокий уровень является, возможно, результатом совокупного воздействия многих факторов, в том числе терпимого отношения общества к абортным, общедоступности медицинских абортных и слабой пропаганды методов планирования размера семьи.

Планирование размера семьи является важным средством реализации женщинами и мужчинами своего права выбора и проявления ответственности в личной жизни. В целом женщины в регионе, особенно молодые, сравнительно мало знакомы с проблемами репродуктивного здоровья. Имеются данные об ограниченности диапазона доступных средств планирования размера семьи и о том, что часто возникают проблемы, связанные с предложением, ценой и качеством противозачаточных средств. Однако во многих странах, по которым имеется информация, использование этих средств в переходный период, по всей видимости, растет. Сегодня, когда положение нестабильно, резко падает коэффициент рождаемости, а общественные взгляды постоянно меняются, проблема планирования размера семьи оборачивается новыми гранями.

Переходный период во многом изменил как условия, так и образ жизни женщин в регионе, то есть те факторы, которые во многом определяют состояние здоровья. Для многих женщин эти перемены поставили под угрозу возможность сохранять надлежащий уровень и качество питания, а также вести здоровый образ жизни. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что многие группы населения испытывают дефицит микроэлементов в питании. В некоторых странах это связано с сокращением потребления пищевых продуктов, снижением качества

потребляемых продуктов питания и со срывом ряда программ в области питания, таких как обогащение хлеба железом и снабжение витаминами и минеральными пищевыми добавками беременных женщин и детей. Женщины особенно страдают от проблем, связанных с анемией.

К меняющимся факторам, влияющим в переходный период на образ жизни, относится и распространение связанного с риском поведения. В течение переходного периода среди женщин и девочек-подростков все шире распространяются потребление алкоголя и курение. Растут также злоупотребление наркотиками и распространенность заболеваний, передающихся половым путем, в частности ВИЧ-инфекции и сифилиса. Женщины, особенно юные, как физиологически, так и социально более уязвимы в отношении ЗППП, что вызывает особое беспокойство, учитывая к тому же значительный рост в регионе индустрии секса.

Некоторые конкретные аспекты состояния здоровья, как, например, психическое здоровье, и теперь по большей части игнорируются во всем регионе. Это особенно опасно для женщин, потому что они чаще, чем мужчины, жалуются на проблемы психического здоровья, включая стресс и депрессию. Исследование, проведенное по 19 странам региона, показало, что депрессивные и связанные с посттравматическим стрессом расстройства составляют треть случаев потери трудоспособности вследствие проблем с психическим здоровьем у женщин и только 10 процентов — у мужчин.

В целом состояние здоровья женщин отражает напряженность, которую несет с собой переходный период. Система общедоступного здравоохранения, при всех присущих ей в прошлом недостатках, теперь страдает от ослабления способности государства обеспечить получение доходов. Младенческая смертность, материнская смертность и общие коэффициенты абортов по международным стандартам все еще высоки. Основное внимание в области охраны здоровья женщин по-прежнему сосредоточено на охране материнства, поэтому более широкие проблемы, связанные со здоровьем женщин, такие как насилие в отношении женщин, депрессия и стресс, остаются в тени. Между тем за годы переходного периода возникли и другие связанные со здоровьем проблемы, обусловленные прежде всего социально-экономическими факторами, в том числе ухудшение питания, рост злоупотребления наркотическими средствами и заболеваний, передающихся половым путем. Все более многочисленные стрессовые ситуации не только непосредственно сказываются на здоровье женщин,

но и затрудняют выполнение ими роли хранительниц здоровья семьи. Резкое снижение уровня рождаемости по всему региону, о котором идет речь в главе 3, также говорит о том, что, поскольку во время беременности женщины все реже пользуются услугами системы здравоохранения, они при этом, видимо, упускают и возможность одновременно воспользоваться медицинскими услугами более широкого профиля.

Более полное осознание проблем здоровья женщин требует гораздо более глубокого изучения вопроса во всей его сложности, чего не было в системе здравоохранения, унаследованной от социалистических времен. Однако совершенно очевидно, что эти ориентированные в основном на лечебные мероприятия элементы данной системы необходимо сохранять даже при реформировании здравоохранения. Некоторые страны пошли на это, выделяя системе здравоохранения больше ресурсов. Данное обследование состояния здоровья женщин в переживающем переходный период регионе однозначно свидетельствует о том, что для улучшения охраны здоровья женщин был бы полезен более широкий подход с учетом как физиологических, так и социальных факторов, влияющих на состояние их здоровья. Ясно также, что улучшению состояния здоровья женщин способствовало бы и более широкое участие различных групп населения и слоев общества в деятельности и инициативах в этой области.

При социализме здоровье населения считалось сферой и одновременно результатом деятельности государственной системы здравоохранения. Для улучшения состояния здоровья женщин таким путем, который также содействовал бы обеспечению их равенства и прогрессу в этой области, необходим такой подход в политике государства, который не только ввел бы гендерный критерий в инфраструктуру здравоохранения, но и сделал бы охрану здоровья неотъемлемым элементом других областей государственной политики, в том числе в области экономики и социальных услуг. Хорошие результаты могут дать и дополнительные усилия в просветительской работе среди населения, профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни. Для улучшения состояния здоровья женщин в странах с переходной экономикой необходимо воспитывать у каждого гражданина, семьи, общины, социальной группы и предприятия чувства ответственности и способности вносить свой вклад в дело охраны здоровья. В конечном счете результатом достижения оптимального уровня здоровья каждого человека станет построение здорового общества. ■