



Народонаселение мира в 2022 году

# Видеть невидимое

Обоснование действий  
в случае игнорируемого  
кризиса непреднамеренной  
беременности



## Народонаселение мира в 2022 году

Настоящий доклад был подготовлен под эгидой Отдела ЮНФПА по коммуникациям и стратегическому партнерству.

### ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Иэн Макфарлейн

### РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

Старший редактор: Ребекка Зерзан

Художественное оформление: Кэти Мадония

Автор текстов: Джанет Дженсен

Редактор отдела: Лиза Рэтклифф

Руководители цифрового издания:

Кэти Мадония, Ребекка Зерзан

Консультант цифрового издания: Ханно Ранк

### СТАРШИЙ НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ

Д-р Нурие Ортайли

### СТАРШИЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Дэниел Бейкер, Гильда Седжх

### ИССЛЕДОВАТЕЛИ И АВТОРЫ

Дэниел Бейкер, Сара Киф, Гретхен Лухсингер,

Минди Роузман, Гильда Седжх, Джули Соло

### ТЕХНИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАНТЫ ЮНФПА

Сатвика Чаласани, Уитнесс Чиринда, Дженни

Грини, Менджиа Лян, Янн Лакай

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ НА ЗАКАЗ

Фидель Эвора

Оригинальные иллюстрацию включают

работы нескольких фотографов. Список

первоисточников можно найти на странице 156.

### КАРТЫ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

Используемые обозначения и представление

материалов на картах не подразумевают

выражения какого-либо мнения со стороны

ЮНФПА относительно правового статуса какой-

либо страны, территории, города или района или

их властей, или относительно делимитации их

границ или пределов.

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

ЮНФПА благодарит следующих лиц за то, что они поделились впечатлениями о своей жизни и работе для подготовки настоящего доклада: Яджайру Альберто, Сальвадор; д-ра Айсе Акин, Турция; Анису Т. Араб, Филиппины; Терезу Батис, Филиппины; Норхайфу Бокарие, Филиппины; Марту Брэди, Соединенные Штаты Америки; Ребекку Каллахан, Соединенные Штаты Америки; «Далилу» (имя изменено), Сальвадор; Сильвию Фармер, Сьерра-Леоне; д-ра Демет Гюрал, Турция; Мангенду Камару, Сьерра-Леоне; Данкей Кану, Сьерра-Леоне; Грегори Копфа, Соединенные Штаты Америки; Рахмадину Талусан Маланг, Филиппины; Логанв Никелса, Соединенные Штаты Америки; Люси Новембер, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; Рахму Самулу, Филиппины; Мамусу Сесай, Сьерра-Леоне; Кевина Шейна, Соединенные Штаты Америки; Мукул Синха, Индия; Фатмату Сори, Сьерра-Леоне; Джаманью Скуэр, Сьерра-Леоне; Ситти Нашибан Табуа, Филиппины; Хизер Вадхат, Соединенные Штаты Америки.

Бесценную информацию о проекте предоставила руководитель Отдела средств массовой информации и коммуникаций ЮНФПА Селинде Далкейт, технический директор ЮНФПА д-р Юлитта Онабанджо, руководитель Отдела сексуального и репродуктивного здоровья ЮНФПА Аннака Кнутссон и члены Канцелярии Исполнительного директора, в частности, Пио Смит, руководитель аппарата, Тереза Бэркл, Сэм Чориц и Энн Виттенберг.

Коллеги ЮНФПА и другие организации по всему миру поддерживали разработку тематических статей и другого контента или предоставляли технические рекомендации: Самир Альдараби, Агнес Чиданьика, Якоб Энох Эбен, Йенс-Хаген Эшенбехер, Роуз Мари Гад, Соня Гилрой, Лурдес Гордолан, Марио Ираета, Дейзи Леонсио, Ноуран Махлуф, Ребекка Мудио, Маргарита О'Фаррилл, Прианка Прути, Альваро Серрано, Джон Сесей, Уолтер Сотомайор, Федерико Тобар, Рой Вадия.

Коллеги из Сектора по вопросам народонаселения и развития ЮНФПА предоставили данные для раздела показателей настоящего доклада, а также общие технические рекомендации.

Редакторы выражают партнерам благодарность за их вклад, в том числе исследователям Института Гутмаера, в частности Джонатану Беаруку и Анне Попинчалк; экспертам Отдела народонаселения Департамента Организации Объединенных Наций по экономическим и социальным вопросам, в частности Владимиру Канторову, Стивену Кисамбире, Джозефу Молиторису и Каролине Шмид; Энн Гарбетт, аспиранту-исследователю в Университете Саутгемптона; и экспертам Avenir Health, в частности Джессике Уильямсон. Важную роль в подготовке доклада сыграл старший редактор Ричард Коллодж.

Публикация и интерактивный веб-дизайн и выпуск: Prographics, Inc.

### ПРИМЕЧАНИЕ ПО ТЕРМИНОЛОГИИ

Когда мы говорим о непреднамеренной беременности, важно, как мы об этом говорим.

Непреднамеренная беременность – это не то же самое, что нежелательная беременность,

а беременные люди – это не то же самое, что матери. Не все люди, которые беременеют,

являются женщинами и девочками – трансгендерные мужчины и небинарные люди могут

забеременеть и идут на этот шаг (Clements, 2018). Они также сталкиваются с серьезными

препятствиями на пути к получению непредвзятого ухода за сексуальным и репродуктивным

здоровьем и доступа к контрацепции, что увеличивает риск непреднамеренной

беременности. Однако данные, используемые в этом докладе, в подавляющем большинстве

взяты из опросов и исследований, в которых участники идентифицируются как женщины или

девочки; расширение выводов на основе этих данных для включения людей с различным

полом может привести к неточностям или даже к сокрытию проблем, характерных для

сексуальных меньшинств. Поэтому в докладе в целом говорится о рисках беременности, с

которыми сталкиваются женщины и девочки; в то же время во многих местах признается,

что с подобными рисками сталкиваются и лица отличного пола. Кроме того, по всему

тексту представлены определения, чтобы подчеркнуть нюансы таких терминов, как

«непреднамеренная беременность», «нежелательная беременность», «незапланированная

беременность» и «неудовлетворенная потребность», их стандартное использование и

ограничения.







Народонаселение мира в 2022 году

# Видеть невидимое

Обоснование действий  
в случае игнорируемого  
кризиса непреднамеренной  
беременности



# Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ ..... 4

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ..... 6



## Глава 1

### Невидимый кризис перед нами

СТРАНИЦА 9

**ДИАГРАММА:** Совокупность факторов, способствующих непланируемой беременности и ее последствиям ..... 17

## Глава 2

### Доказательства внутри: непланируемая беременность связана с недостаточным развитием

СТРАНИЦА 19

**В ФОКУСЕ:** Подростковая беременность и выбор ..... 30

**ИЛЛЮЗИЯ ВЫБОРА:** Подростковая беременность ..... 34

## Глава 3

### Каждая женщина подвергается риску: ограничение свободы воли приводит к непланируемой беременности

СТРАНИЦА 37

**В ФОКУСЕ:** После потери свободы действий рождается надежда ..... 48

**В ФОКУСЕ:** Когда противозачаточные средства не справляются ..... 52

**ДИАГРАММА:** Эффективность, побочные эффекты и преимущества контрацепции. .... 58

**СВИДЕТЕЛЬСТВА:** Вопросы и ответы ..... 60





Глава 4

**Выявление трудностей, связанных с выбором**

**СТРАНИЦА 67**

**В ФОКУСЕ:** Новый мужской контрацептив: почему требуется столько времени? ..... 70

**В ФОКУСЕ:** Планирование как путь к изменениям ..... 86

**В ФОКУСЕ:** Где законы и политика позволяют женщинам избежать непланируемой беременности? .. 88

Глава 5

**Издержки, связанные с непреднамеренной беременностью**

**СТРАНИЦА 91**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:** Потребности в создании программ ПС в разбивке по регионам ..... 102

Глава 6

**Возможность делать выбор является ключом к осуществлению Повестки дня на период до 2030 года**

**СТРАНИЦА 107**

---


**ПОКАЗАТЕЛИ** ..... 119

**ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИМЕЧАНИЯ** .. 138

**БИБЛИОГРАФИЯ** ..... 143



# Предисловие



Мир, где каждая беременность желанна. Эта цель является центральным элементом нашей миссии в ЮНФПА.

Каждый человек имеет право на телесную автономию, и, возможно, нет ничего более фундаментального для осуществления этого права, чем возможность выбирать, забеременеть ли, когда и от кого.

Основное право человека свободно и ответственно определять количество своих детей и промежутки между их появлением на свет было закреплено во многих международных соглашениях по правам человека за последние пять десятилетий. За этот же период в мире значительно расширилась доступность эффективных современных противозачаточных средств — одно из величайших достижений общественного здравоохранения в новейшей истории. Почему же тогда почти половина всех беременностей является непреднамеренной?

В 1994 году в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) было признано, что расширение прав и возможностей, полное равенство и самостоятельность женщин имеют важнейшее значение для социального и экономического прогресса. Сегодня эти цели являются одними из краеугольных камней достижения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. В ней четко признается роль сексуального и репродуктивного здоровья и гендерного равенства в обеспечении более благополучного будущего и содержатся конкретные показатели, связанные с участием женщин и девочек-подростков в принятии обоснованных решений, касающихся сексуальных

отношений, использования контрацептивов и охраны репродуктивного здоровья.

Вот почему усилия ЮНФПА сосредоточены на расширении доступа к информации и услугам, необходимым женщинам и девочкам для осуществления своих репродуктивных прав и выбора, которые лежат в основе гендерного равенства и позволяют им проявлять большую власть над своей жизнью и полностью реализовать свой потенциал.

Мы знаем о значительных негативных последствиях, связанных с непреднамеренной беременностью, для здоровья, образования и будущего отдельного человека, для целых систем здравоохранения, рабочей силы и сообществ. Возникает вопрос: почему это не вдохновило на дальнейшие действия по обеспечению телесной автономии для всех?

Тема этого доклада является сложной, отчасти потому, что она настолько распространена. Почти у каждого есть опыт, на который можно опереться, независимо от того, сталкивались ли они сами с непреднамеренной беременностью или знают кого-то, у кого она была. Для некоторых это личный кризис; для других это неявное благословение.

Помимо личного контекста, непреднамеренная беременность коренится в нормах общества и имеет глобальные последствия. Таким образом, это не доклад о нежелательных или счастливых случайностях. Это не доклад о материнстве. И хотя аборт нельзя исключить из обсуждения — более 60 процентов непреднамеренных беременностей заканчиваются абортом, — это также не доклад об абортах. Вместо этого в докладе



рассказывается об обстоятельствах, которые существуют до непреднамеренной беременности, когда способность человека или пары принимать решения критически подрывается, и о многих последствиях, влияющих на отдельных людей и общества на протяжении поколений.

Благодаря оригинальным исследованиям авторов и новым данным партнерских организаций мы видим, что стыд, стигматизация, страх, бедность, гендерное неравенство и многие другие факторы подрывают способность женщин и девочек осуществлять выбор, искать и получать противозачаточные средства, договариваться об использовании презервативов с партнером, говорить вслух и преследовать свои желания и амбиции. Прежде всего, в этом докладе поднимаются провокационные и тревожные вопросы о том, насколько мир ценит женщин и девочек за пределами их репродуктивных возможностей. Потому что признание полной ценности женщин и девочек и предоставление им возможности вносить полноценный вклад в развитие своего общества означает обеспечение того, чтобы у них были инструменты, информация и возможности для самостоятельного принятия этого основополагающего решения.

Невозможно полностью установить, не говоря уже о количественной оценке, общее число непреднамеренных беременностей. Тем не менее, все больше фактических данных указывает на огромные альтернативные издержки — от корреляций, связывающих частоту непреднамеренной беременности с более низкими показателями развития человеческого потенциала, до миллиардов долларов связанных с этим расходов на

здравоохранение, до постоянно высоких показателей небезопасных аборт и связанной с ними материнской смертности. Небезопасный аборт является одной из ведущих причин более 800 случаев материнской смертности, происходящих ежедневно. Это цена, которую мир просто не может себе позволить.

Мы быстро приближаемся к 2030 году, крайнему сроку достижения Целей в области устойчивого развития и достижения собственных преобразующих целей ЮНФПА: покончить с неудовлетворенной потребностью в планировании семьи, положить конец предотвратимой материнской смертности, гендерному насилию и вредным практикам, включая калечащие операции на женских половых органах и детские браки. Сейчас самое время нарастить усилия, а не отступать, чтобы изменить жизнь женщин и девочек и охватить тех, кто оказался далеко позади. Предотвращение непреднамеренной беременности — это первый шаг, который не подлежит обсуждению. Когда люди способны осуществлять реальный осознанный выбор в отношении своего здоровья, тела и будущего, они могут внести свой вклад в более процветающие общества и более устойчивый, равноправный и справедливый мир.

### **Д-р Наталия Канем**

Исполнительный директор  
Фонд Организации Объединенных Наций  
в области народонаселения



# Определения

Использование определений, касающихся непреднамеренной беременности и контрацепции, часто может привести к неприятным последствиям. Многие термины, принятые в одном сообществе, непонятны в другом. В этом докладе рассматриваются некоторые из подобных терминов и их использование, выделяются случаи, когда эти термины вводят в заблуждение, неверно понимаются или используются несколькими способами.

Алла

## Непреднамеренная беременность (сущ.) —

беременность, которая наступает у женщины, которая не планировала иметь (еще) детей, или которая была несвоевременной, так как наступила ранее желаемого срока. Это определение применяется независимо от исхода беременности (будь то аборт, выкидыш или незапланированные роды).

Синоним: незапланированная беременность.

может быть желанной или нежелательной

## Планирование семьи (сущ.) —

информация, средства и методы, которые позволяют людям определиться, иметь ли детей и когда. Это понятие включает в себя широкий спектр контрацептивов, а также неинвазивные методы, такие как календарный метод и воздержание; сюда также относится информация о том, как забеременеть, когда это желательно, а также о лечении бесплодия.

Примечание по использованию: термин «планирование семьи» не охватывает все группы населения и не принят у определенных групп населения.

Например, многие подростки и молодые люди не отождествляют себя с идеей планирования семьи (Paul and others, 2019).

Синонимы: контрацепция, контроль рождаемости

## Нежелательная беременность (сущ.) —

1. Беременность, которую наступила без желания женщины.
2. (научный термин) Выявленная при измерении в ходе обследований беременность, наступившая, когда женщина вообще не хотела иметь детей или не хотела больше детей. Академическое определение не учитывает, что женщина может выразить свое желание на беременность после ее наступления, даже если она не планировала иметь (еще) детей.

Примечание по использованию: нежелательная беременность не должна использоваться как синоним непреднамеренной беременности.



## Комплексное сексуальное образование (сущ.)

Это учебный процесс преподавания и учения о познавательных, эмоциональных, физических и социальных аспектах сексуальности в целях передачи детям и молодежи знаний, умений, навыков, взглядов и ценностей, которые дают им возможность: осознавать свое здоровье, благополучие и достоинство; развивать уважительные социальные и сексуальные отношения; рассматривать вопрос о том, как их решения влияют на их собственное благополучие и благополучие других; а также понимать собственные права и обеспечивать их защиту в течение всей своей жизни (UNESCO and others, 2018).

Синонимы: обучение жизненным навыкам, обучение семейной жизни, сексуальное образование,

## Несвоевременная беременность (сущ.) —

1. Беременность, которая произошла в то время в жизни женщины, когда она не намерена была иметь детей, даже если она хотела ребенка в будущем.
2. (научное определение) При измерении в опросах обычно понимается как беременность, которая наступила на два или более лет раньше, чем женщина планировала иметь детей.

Примечание по использованию: эти беременности, как правило, считаются непреднамеренными.

## Контрацепция (сущ.) —

преднамеренное предотвращение беременности, например, с помощью устройств, методов, лекарств или хирургических процедур (Bansode and others, 2021; Jain and Muralidhar, 2011). Контрацепция может быть современной или традиционной, при этом современные противозачаточные средства определяются как средства, «имеющие прочную доказательную базу в репродуктивной биологии, точный рецепт для правильного использования и доказательства эффективности» (Festin and others, 2016), а традиционные контрацептивы относятся к другим методам.

Синонимы: контроль рождаемости, планирование семьи.

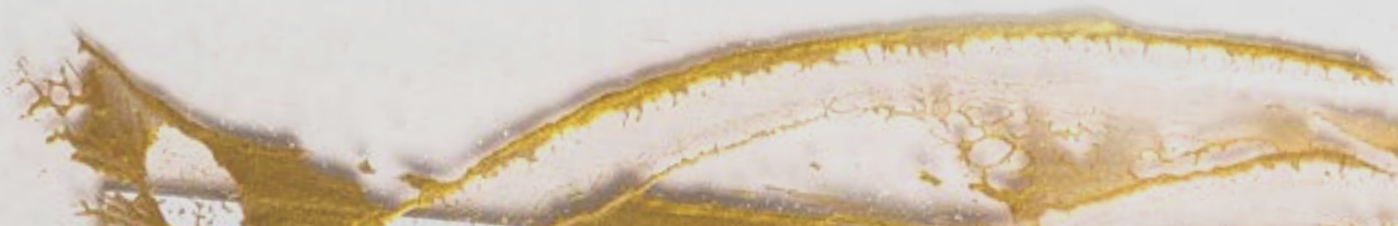
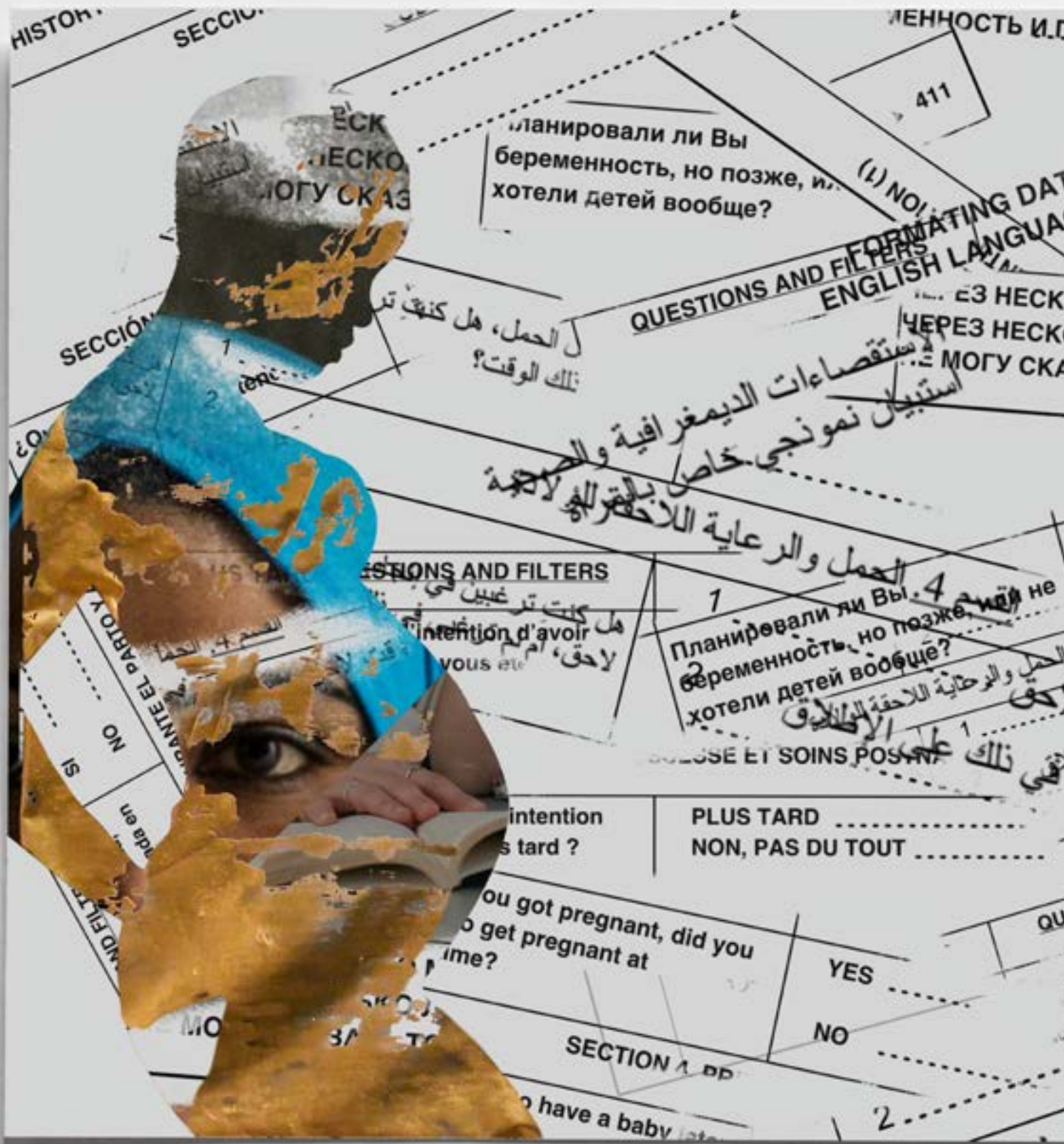
## Аборт (сущ.)

1. (разговорное) Преднамеренное прерывание беременности с помощью процедуры или применения медикаментов. Синонимы: искусственный аборт, плановый аборт, терапевтический аборт.
2. (главным образом медицинский) Любой преждевременный выход продуктов зачатия, приводящий к прекращению беременности, включая как искусственный аборт, так и выкидыш, также известный как самопроизвольный аборт.

Примечание по использованию: под термином «аборт», используемом в этом докладе, понимается искусственный аборт.









# Невидимый кризис перед нами

## Половина.

Ровно в стольких случаях беременность наступает не по желанию женщины или девочки (Bearak and others, 2020).

Эта доля поразительно высока. Нет ничего более фундаментального для телесной автономии, чем способность решать, забеременеть или нет. И все же для слишком многих людей этот репродуктивный выбор, кардинально меняющий жизнь, вообще не является выбором.

Основное право человека выбирать, заводить ли детей, а также принимать решение об их количестве и интервалах между рождениями содержится во многих глобальных соглашениях (UNFPA, 1994; UN General Assembly, 1989; UN General Assembly, 1979).





Современные эффективные средства контрацепции доступны широко — однако не повсеместно. Почему же тогда половина всех беременностей незапланирована, а многие из них нежелательны?

Это напоминание о том, как много людей, особенно женщин и девочек, ограничены в осуществлении своих основных прав. Это признак того, что дискриминация по признаку пола продолжает пронизывать жизнь женщин и девочек, а также трансгендерных, небинарных и гендерно-отличных людей. Это указывает на глубокие пробелы в правах и справедливости, гендерном равенстве, человеческом достоинстве и более широком социальном благополучии.

Такое количество незапланированных и нежелательных беременностей поднимает вопросы о том, насколько ценны и приоритетны права и потенциал более половины человечества. Оно сигнализирует о том, что мир может не достичь своих целей развития в области здравоохранения, образования и гендерного равенства, что подрывает общие амбиции мирового сообщества.

**Такое количество незапланированных и нежелательных беременностей поднимает вопросы о том, насколько ценны и приоритетны права и потенциал более половины человечества.**

## **Игнорируемый кризис — и возможность**

Число непреднамеренных беременностей составляет 121 миллион в год, или в среднем 331 000 в день, что представляет собой глобальную неспособность обеспечить соблюдение основного права человека. И ожидается, что это число будет расти. Хотя последние данные также показывают, что уровень незапланированной беременности во всем мире снизился в период с 1990 по 2019 год (Bearak and others, 2020), продолжающийся рост населения планеты означает, что абсолютное число незапланированных беременностей без решительных действий лишь продолжит увеличиваться.

Предоставление услуг, в которых нуждаются отдельные лица и сообщества, будет только усложняться в условиях масштабных кризисов, таких как изменение климата, конфликты, чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения и массовая миграция. Подобные мегатенденции будут проверять возможности систем здравоохранения даже по мере роста спроса, особенно в наименее развитых странах мира, где кризисы ощущаются наиболее остро и где услуг и ресурсов уже критически не хватает (Starrs and others, 2018).

Международное сообщество взяло на себя обязательство разработать основанную на правах дорожную карту, которая поможет человечеству пережить эти коренные изменения — Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Это основа для устойчивого и инклюзивного развития, в задачах 3.7 и 5.6 которой четко признается роль сексуального и репродуктивного здоровья и гендерного равенства в обеспечении более благоприятного будущего. Эти цели связаны с правом каждого человека и супружеской пары выбирать, иметь ли детей, сколько и с какими промежутками между их рождением, чтобы каждое рождение было желанно, а каждый ребенок — ценен.



Основываясь на первоначальном анализе (представленном в Главе 2), в настоящем докладе делается вывод о том, что социально-экономическое развитие и более высокий уровень гендерного равенства тесно связаны с более низкими показателями нежелательной беременности. В сочетании с тем, что известно о последствиях непреднамеренной беременности (рассмотренных в Главе 5) для отдельных лиц и сообществ, доклад приводит убедительные аргументы в пользу активизации усилий по защите репродуктивных прав как основополагающего фактора сокращения числа незапланированных беременностей.

Многие факторы, связанные с сокращением числа непреднамеренных беременностей, сами по себе являются основными целями развития, от сокращения масштабов нищеты до улучшения охраны материнства. Одной из наглядных иллюстраций этих пересекающихся сил является чрезвычайно высокая стоимость — для отдельных лиц, систем здравоохранения и целых обществ — небезопасных аборт, проблема, которая подрывает как соблюдение, так и развитие. Более 60 процентов непреднамеренных беременностей заканчиваются аборт, безопасным или небезопасным, законным или незаконным (Bearak and others, 2020). Учитывая, что, по оценкам, 45 процентов всех аборт остаются небезопасными (WHO, 2020), мы наблюдаем чрезвычайно ситуацию в области общественного здравоохранения. Небезопасный аборт приводит к госпитализации около 7 миллионов женщин в год в развивающихся странах (Singh and Maddow-Zimet, 2016), что обходится примерно в 553 миллиона долларов в год только на лечение после аборт (Vlassoff and others, 2008) и привел, по оценкам, к 193 000 материнским смертям в период с 2003 по 2009 год (Say and others, 2014). Напротив, сокращение числа нежелательных беременностей и, следовательно, небезопасных аборт позволит системам здравоохранения выделять ресурсы на комплексные услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая охрану здоровья матерей и новорожденных, инвестиции, которые дают положительные результаты по всем направлениям.



© UNFPA/Fidel Évora

### **Контрацепция является ключевым фактором, но этого недостаточно**

Контрацепция является одной из наиболее очевидных областей для инвестиций в репродуктивное здоровье и права. Во всем мире, по оценкам, 257 миллионов женщин, которые хотят избежать беременности, не используют безопасные современные методы контрацепции; из них 172 миллиона женщин вообще не используют никаких методов контрацепции (UN DESA, 2021). В ответ ЮНФПА подчеркнул важность доступа к средствам контрацепции, предоставив 724 миллиона мужских презервативов, 80 миллионов циклов оральных контрацептивов и еще десятки миллионов других форм контрацептивов только в 2020 году



(UNFPA, 2020). Многие другие правительства, донорские учреждения и неправительственные организации также предоставили большое количество контрацептивов.

Но хотя такие товары критически важны, их наличие само по себе не является решением проблемы. Исследования (подробно описанные в Главе 4) показывают, что недостаточная осведомленность о средствах контрацепции и недостаточный доступ к ним больше не являются основными причинами неиспользования средств. Вместо этого основными проблемами становятся опасения по поводу побочных эффектов, мифы, стигматизация и противодействие со стороны третьих лиц. Устранение этих причин неудовлетворенных потребностей потребует гораздо более широкого спектра ответных мер.

Следует также избавиться от общих упущений. В слишком многих кругах термин «непреднамеренная беременность» вызывает образ незамужнего подростка, девушки, которую встречают с жалостью или насмешкой, или и то, и другое. Фактически, поскольку ни один метод контрацепции не является надежным на 100 процентов, а намерение практиковать воздержание обычно терпит неудачу — или подрывается давлением, принуждением или насилием, — фактически любая фертильная женщина или девочка репродуктивного возраста может неожиданно забеременеть. Преодоление популярных представлений о непреднамеренной беременности потребует решительных усилий по изменению дискриминационных социальных норм, принятию законов, кодифицирующих эти стигматизации, и расширению мер вмешательства, которые должны по-прежнему охватывать подростков и уделять внимание другим группам лиц.

Деликатность этого вопроса создает еще больше проблем. Принятие решений или его отсутствие часто происходит в самых интимных сферах жизни человека, затрагивая фундаментальные элементы телесной автономии и репродуктивных прав. В этих пространствах женщины и девочки слишком часто видят, что их выбор каждого следующего

шага сужается или исчезает вовсе. Женщина не всегда может договориться со своим партнером об использовании презервативов. Возможно, она не сможет отказаться от секса, как это происходит, согласно имеющимся данным, в случае 23 процентов всех женщин (United Nations, 2022). Она может стать жертвой изнасилования дома или со стороны незнакомца.

Если в ее школе не проводится занятия по комплексному сексуальному образованию, ей может не хватать знаний. Беременность может быть ее решением по умолчанию из-за ограниченных возможностей и выбора в ее жизни. Например, не имея возможности закончить свое образование, она может не видеть причин откладывать рождение ребенка.

Она может вообще не хотеть детей, однако это желание неприемлемо в ее семье или сообществе. Чтобы отразить тот факт, что «планирование семьи» не находит отклика у некоторых групп, таких как подростки или отдельные лица, которые не хотят иметь детей, в данном докладе обычно вместо этого термина упоминается термин «контрацепция».

Непреднамеренная беременность не всегда означает нежелательная. Некоторые непреднамеренные беременности станут праздником. Другие закончатся абортom или выкидышем. Какие-то, будучи нежелательными, все же завершатся рождением ребенка. И ко многим отнесутся неоднозначно. Эти беременности могут быть не совсем непреднамеренными, но и не целиком преднамеренными, происходящими, когда у человека нет возможности полностью осознать, чего он хочет в своей жизни, или даже представить себе жизнь, в которой беременность является выбором.

Вопросы власти и выбора слишком часто являются вопросами жизни или смерти: последствия непреднамеренной беременности могут длиться всю жизнь и затрагивать целые сообщества. Показатели материнской смертности резко возрастут, например, среди девушек, которые недостаточно развиты, чтобы безопасно выносить беременность



до срока, или у женщин с сопутствующими заболеваниями (Singh and Maddow-Zimet, 2016). Беременные девочки могут быть вынуждены выйти замуж и/или бросить школу, не имея других возможностей продолжить свое образование, и с этого момента низкий уровень дохода будет преследовать их всю оставшуюся жизнь. Женщины могут столкнуться с неожиданной потерей дохода, если они будут вынуждены прервать стаж или даже уволиться с работы из-за беременности. Бедность еще более вероятна, если в семье уже есть ребенок, и родители вынуждены использовать и без того скудные ресурсы.

Все эти проблемы могут усугубиться для людей, которые сталкиваются с многочисленными

формами дискриминации и уязвимости, еще сильнее подрывающими свободу действий и телесную автономию. Качество услуг, информации и поддержки, как правило, ниже в сельских районах и неформальных поселениях, как в развитых, так и в развивающихся странах. В некоторых ситуациях поставщики услуг могут на законных основаниях отказывать в уходе подросткам и трансгендерным людям. Лица с инвалидностью более уязвимы к насилию, в том числе сексуальному (UNFPA, 2018). Среди людей, оказавшихся в условиях конфликтов и других форм кризиса, с ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию

## Непреднамеренная беременность с точки зрения прав человека

Не каждая непреднамеренная беременность обязательно является результатом нарушения прав человека и его причиной. Права человека вступают в силу всякий раз, когда возникает проблема телесной и репродуктивной автономии (UNFPA, 2021). В важных международных соглашениях, таких как Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (также известная как КЛДОЖ или Конвенция о правах женщин), государства утверждают, что все отдельные лица и пары имеют право на информацию и средства для самостоятельного выбора, иметь или не иметь детей, когда и сколько (UN General Assembly, 1979). Когда эти обязательства не выполняются, права человека подрываются или нарушаются. Это происходит, когда люди не могут сделать осознанный выбор из-за отсутствия доступа к качественной информации о репродуктивном здоровье или учреждения, которое могло бы действовать в соответствии с этой информацией, когда человек подвергается сексуальному насилию или принуждению, а также когда дискриминация и неравенство ограничивают полный спектр возможностей, оставляя людям лишь несколько вариантов выбора.

Программа действий МКНР, основополагающий документ, одобренный 179 странами, который определяет работу ЮНФПА с 1994 года, призывает все государства и международное сообщество «использовать все имеющиеся в их распоряжении средства для поддержки принципа добровольного выбора в области планирования семьи». Следует отметить, что в Программе действий подчеркивается, что «аборты... ни в коем случае не должны пропагандироваться как метод планирования семьи» (UNFPA, 1994). (Подробнее об абортах см. на странице 21.)

179  
странах



и высоким уровнем насилия, возрастает опасность непреднамеренной беременности.

И все же эти проблемы — нагромождение социальных и правовых сложностей, табу, обвинений и дискриминационных норм — не являются непреодолимыми. Вовсе нет. Может и должен быть запущен благотворный цикл прогресса.



## Непреднамеренная беременность отражает приоритеты общества

Может ли какое-либо сообщество, каковы бы ни были его заявленные намерения, утверждать, что оно в полной мере ценит женщин и девочек, если их амбиции, желания и человеческий потенциал ограничены? Если они не могут воспользоваться своей свободой воли, чтобы избежать непреднамеренной беременности? Может ли сообщество действительно утверждать, что ценит материнство, если оно является результатом ограниченного участия, принуждения, стигматизации или насилия?

Роль женщин и девочек обесценивается, когда информация и услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья не получают полной поддержки и приоритизации. Это стало очевидным в начале пандемии COVID-19, когда услуги по контрацепции были одними из наиболее часто недоступных услуг здравоохранения (WHO, 2020a). В течение первых 12 месяцев кризиса перебои в поставках и оказании услуг продолжались в среднем 3,6 месяца, что привело к 1,4 миллионам непреднамеренных беременностей (Luchsinger, 2021). К 2021 году, поскольку сбои продолжались, хотя и с некоторой степенью корректировки и наверстывания упущенного, услуги по предоставлению контрацепции по-прежнему относились к числу наиболее затронутых (Luchsinger, 2021).

Когда системы здравоохранения не обеспечивают всеобщего охвата услугами, когда сексуальная и репродуктивная помощь не ориентирована на человека, или не является всеобъемлющей, или имеет низкое качество, обязательства правительств по обеспечению общепризнанного права на здоровье остаются невыполненными. Это чаще всего происходит в тех случаях, когда системы здравоохранения не в состоянии обеспечить подросткам доступную, надлежащую, индивидуальную помощь. Последствия непреднамеренной беременности могут оказаться наиболее серьезными для



представителей этой возрастной группы, ведь, в конце концов, осложнения во время беременности и родов являются основной причиной смерти среди девочек в возрасте от 15 до 19 лет (WHO, 2020b).

Право на здоровье также подрывается, когда практика медицинского обслуживания не учитывает права и интересы пациентов, о чем свидетельствуют широко распространенные сообщения об опасениях по поводу побочных эффектов (Bellizzi and others, 2020; Sedgh and others, 2016), трудностей с постоянным использованием препаратов и того факта, что среди пользователей контрацептивов нередки случаи непреднамеренной беременности (Frost and Darroch, 2008). Телесная автономия людей, их достоинство, уверенность и благополучие подрываются, когда услуги здравоохранения не удовлетворяют их потребности. В рамках кампании «Чего хотят женщины» по охране репродуктивного и материнского здоровья в 2018-2019 годах было опрошено 1,2 миллиона женщин и девочек в 114 странах, и было установлено, что в основном респондентам не хватает более уважительного и достойного ухода (White Ribbon Alliance, 2019).

Несмотря на определенный прогресс, слишком многие правовые системы и стратегии по-прежнему основываются на том, что права женщин и девочек считаются чем-то малозначительным. Некоторые по-прежнему требуют согласия третьей стороны на использование средств контрацепции или допускают принудительную стерилизацию в качестве «решения» для непреднамеренной беременности среди людей с инвалидностью (UNFPA, 2021). Далеко идущие правовые ограничения продолжают подрывать доступ к безопасным абортам (UNFPA, 2020a), хотя они мало что делают для ограничения практики и вместо этого увеличивают долю небезопасных аборт и смертей, вызванных ими (Ganatra and others, 2017). Директивные органы могут ограничить или прекратить финансирование даже в

тех условиях, когда средства контрацепции являются социально приемлемыми и где системы здравоохранения располагают возможностями для предоставления услуг (Gold and Hasstedt, 2017).

Много усилий было потрачено на поиск волшебной таблетки для «решения» проблемы непреднамеренной беременности, такой как



© UNFPA/Fidel Évora

новые формы контрацепции, более доступные и надежные материалы и больший выбор методов, однако прочие аспекты проблемы по-прежнему недостаточно изучены. В особенности это верно, когда речь идет об одном основном решении, ключе к раскрытию полной свободы действий и физической автономии для всех: гендерном равенстве.

Гендерное равенство десятилетиями оставалось недостижимой целью развития. Полностью его не достигла еще ни одна страна. Но мы знаем, что оно принесет свои плоды: женщины и девочки, обладающие широкими правами и возможностями и живущие в условиях равенства, лучше решают проблему непреднамеренной беременности или, в первую очередь, избегают ее (см. Главу 2). Их способность осуществлять автономию улучшает их жизнь и приносит пользу всем остальным.

Конвенции и соглашения по правам человека уже давно призывают к гендерному равенству. В 1994 году Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) четко обозначила, что полное равенство женщин и девочек требует, чтобы они сами распоряжались своим телом, жизнью и будущим наравне с мужчинами и мальчиками. Достижение Целей устойчивого развития (ЦУР) (включая не только ЦУР 5 в области гендерного равенства, но и многие другие цели и задачи, связанные, например, с сокращением масштабов нищеты и экономическим ростом) требует сокращения гендерного неравенства.

Требуются всеобъемлющие усилия. Пришло время укреплять системы здравоохранения,

а также выходить за их рамки. Настало время для получения высококачественного, расширяющего возможности образования для всех мальчиков и девочек, а также для изменений в ожиданиях того, что судьба девочки связана главным образом с деторождением и материнством. Настало время для женщин получить возможности для образования и достойной работы, а также обрести большее чувство власти и автономии. Социальная защита должна обеспечивать права наиболее уязвимых слоев населения. Лидеры должны разрабатывать более прогрессивные гендерные нормы и определять новые направления в законах и государственной политике.

Трудно представить мир, в котором каждая беременность преднамеренная. Но мы можем работать над тем, чтобы подавляющее большинство беременностей были запланированными, желанными и приветствовались, и чтобы все женщины и девочки использовали позицию силы и расширения прав и возможностей, заявляя о своем собственном выборе и намерениях. Совокупность фактических данных, обсуждаемых в следующих главах, доказывает, что необходимо учитывать для поддержки отдельных учреждений в обеспечении репродуктивного выбора. Это отправные точки для исследователей, политиков и правозащитников, подкрепленные не только данными, но и длинным рядом международных соглашений, документов по правам человека и коллективных глобальных целей Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года.



## Совокупность факторов, способствующих непреднамеренной беременности и ее последствиям

Социально-демографические исследования указывают на некоторые из вариантов наступления непреднамеренной беременности. Эта структура определяет ключевые возможности для вмешательства с оговоркой, что включенные факторы являются сложными и не обязательно линейными. Например, отсутствие репродуктивной автономии, низкий уровень образования и нищета связаны с непреднамеренной беременностью, но причинно-следственные связи не всегда ясны.



Источник: авторы.

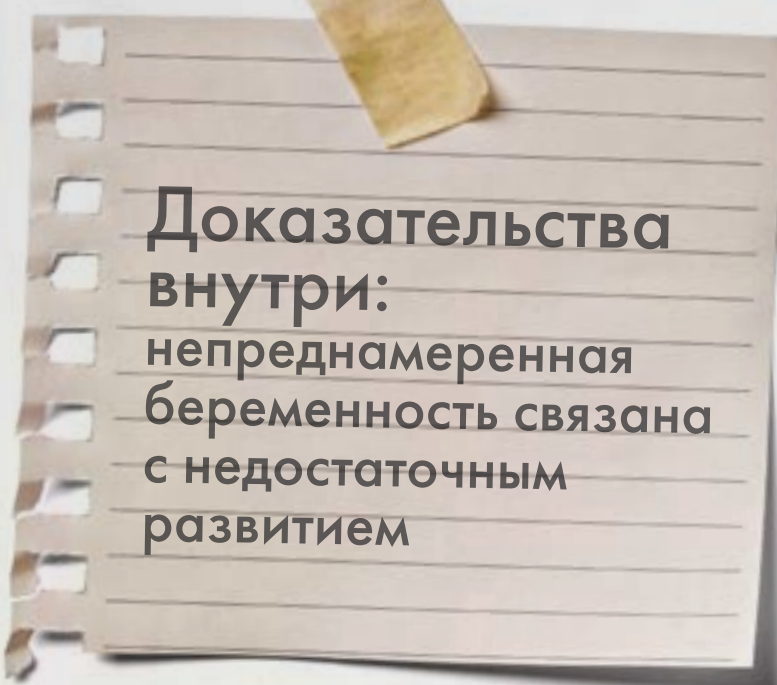
**Серые флажки:** риск непреднамеренной беременности отсутствует. **Синие флажки:** последствия незапланированной беременности.

**Примечания:** (1) Экономическая, социальная, политическая и культурная среда могут влиять друг на друга, а также на способы наступления непреднамеренной беременности. Распространенность непреднамеренной беременности также может влиять на некоторые контекстуальные факторы. (2) Даже желаемая беременность может сопровождаться обстоятельствами, затрудняющими рождение ребенка. (3) Континуум намерений о беременности включает двойственное отношение к рождению ребенка, а также отсутствие сознательного принятия решений о рождении ребенка (см. Главу 2). Намерения относительно беременности включают желание отложить деторождение или вообще избежать рождения ребенка. (4) Причины неиспользования противозачаточных средств включают опасения по поводу методов, неопределенность в отношении риска беременности, ограниченный доступ к качественным услугам и контекстуальные факторы, отмеченные в структуре (см. Главу 4). (5) Неэффективность средств контрацепции рассматривается на странице 52.









## **Доказательства внутри: непреднамеренная беременность связана с недостаточным развитием**

В 2015 году все государства-члены Организации Объединенных Наций согласились с Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, в которой в качестве одной из ключевых целей ставилось достижение гендерного равенства, признанного основой человеческого развития. Одним из показателей этой повестки дня является «доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые самостоятельно принимают обоснованные решения относительно сексуальных отношений, использования контрацептивов и охраны репродуктивного здоровья».

**Только 57 процентов женщин способны самостоятельно принимать решения в отношении своего сексуального и репродуктивного здоровья и прав.**

Этот показатель, ЦУР 5.6.1, подчеркивает, что показатели непреднамеренной беременности являются отражением общего социального развития, и что более высокий уровень осознанного выбора при принятии репродуктивных решений является частью позитивного цикла, способствующего другим достижениям в области развития. Самые последние данные по ЦУР 5.6.1, касающиеся женщин репродуктивного возраста, состоящих в партнерских отношениях, в 64 странах, показывают, что 23 процента не могут ответить «нет» на предложение заняться сексом, 24 процента *не* могут принимать решения о своем собственном здравоохранении и 8 процентов *не* могут принимать решения непосредственно о средствах контрацепции. В совокупности это означает, что только 57 процентов женщин способны самостоятельно принимать решения в отношении своего сексуального и репродуктивного здоровья и прав (United Nations, 2022). Это контекст, в котором следует оценивать частоту непреднамеренных беременностей.

По последним данным, в глобальном масштабе в 2015–2019 годах ежегодно регистрировалось примерно 121 миллион непреднамеренных беременностей, при этом около 48 процентов всех беременностей были непреднамеренными (Bearak and others, 2020). Шестьдесят один

процент этих непреднамеренных беременностей закончился искусственным абортом.

Нынешний показатель непреднамеренных беременностей демонстрирует снижение по сравнению с предыдущими годами, что, вероятно, отражает успехи в области развития, достигнутые за этот период. В период с 1990 по 2019 год ежегодный показатель непреднамеренной беременности снизился с 79 до 64 случаев на каждые 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет. Хотя снижение числа нежелательных беременностей является некоторым утешением, абсолютное число женщин, у которых наступила нежелательная беременность, фактически *увеличилось* примерно на 13 процентов из-за роста численности населения за этот тридцатилетний период. Нынешний показатель, составляющий 64 непреднамеренные беременности на 1000 женщин, означает, что примерно 6 процентов женщин в мире ежегодно сталкиваются с непреднамеренной беременностью.

Новые оценки, основанные на моделях, подтверждают тот факт, что показатели и частота непреднамеренной беременности сильно различаются в разных странах (Bearak and others, 2022). Почему национальные и региональные границы влияют на частоту непреднамеренных беременностей? В конце концов, беременность обычно описывается с точки зрения личного поведения и ответственности. Тем не менее, эти тенденции показывают, что национальные и региональные условия могут играть решающую роль в поддержке или подавлении телесной автономии, и что, наоборот, потеря или осуществление телесной автономии может существенно повлиять на благосостояние общества. Оба эти понятия переносят определенную меру ответственности за эти проблемы с отдельных лиц на государства.

Какие национальные условия оказывают влияние на осуществление выбора или находятся под его влиянием? Фактические данные на сегодняшний день не дают окончательных ответов, но существуют убедительные возможности, особенно когда речь идет об условиях развития.



## Тенденции в области аборт

Хотя число непреднамеренных беременностей снизилось, **общий показатель абортов практически не изменился** и оценивался в 39 случаев на 1000 женщин репродуктивного возраста в 2015–2019 годах (Bearak and others, 2020) (см. техническую записку на странице 141). Во всем мире 29 процентов всех беременностей — как преднамеренных, так и непреднамеренных вместе взятых — заканчивается аборт. Это составило, по оценкам, 73 миллиона абортов в среднем в год в 2015–2019 годах. Там, где аборты небезопасны, женщины подвергаются риску заболеваемости в краткосрочной и долгосрочной перспективе и даже риску смерти.

Устойчивый уровень абортов наряду со снижением числа непреднамеренных беременностей означает, что доля непреднамеренных беременностей, заканчивающихся аборт, увеличилась в период 1990–1994 годов с 51 до 61 процента (Bearak and others, 2020). Взятые вместе, эти результаты свидетельствуют о том, что женщины, возможно, проявляют умеренно более высокую самостоятельность в отношении репродуктивного здоровья в форме как предупреждения беременности, так и прерывания непреднамеренной беременности, по сравнению с женщинами 30 лет назад. ✨

Эту широкую траекторию можно наметить наряду с увеличением доступности противозачаточных средств, достижением гендерного равенства и улучшением показателей развития в целом; как прогресс в области развития, так и снижение показателей непреднамеренной беременности наблюдаются в подавляющем большинстве стран, по которым имеются данные.

Однако на страновом или региональном уровне доля непреднамеренных беременностей, заканчивающихся аборт, сильно различается. **Не существует явной связи между распространенностью случаев непреднамеренной беременности в стране и долей таких беременностей, заканчивающихся аборт;** во многих местах женщины склонны осуществлять репродуктивный выбор одним способом, но не другим.

В этой главе представлен оригинальный экологический анализ для изучения некоторых взаимосвязей между показателями развития и новыми доступными данными о непреднамеренной беременности на уровне стран. Хотя этот анализ не демонстрирует причинно-следственную связь, он поднимает важные вопросы о том, как прогресс в области развития и, соответственно, выбор политики могут влиять на частоту непреднамеренных беременностей. И наоборот, этот анализ также предполагает, что расширение прав и возможностей женщин и осуществление их выбора могут повлиять на развитие и национальное благосостояние.

## Новые идеи

Число случаев непреднамеренных беременностей сильно варьируется в зависимости от региона. В Европе и Северной Америке в 2015–2019 годах на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет ежегодно приходилось около 35 непреднамеренных беременностей по сравнению с 64 в Центральной и Южной Азии и 91 в странах Африки к югу от Сахары. Однако отмечаются значительные различия и внутри регионов. Например, предполагаемый показатель непреднамеренной беременности составил 49 в Нигере, однако 145 в Уганде (Bearak and others, 2022). Несмотря на эти внутрирегиональные различия, существуют

## Более энергичные усилия по искоренению непреднамеренной беременности могли бы принести существенную пользу развитию.

важные общие тенденции, которые можно проследить на основе региональных оценок.

Примечательно, что в Европе и Северной Америке к 2015–2019 годам уровень непреднамеренной беременности снизился примерно вдвое по сравнению с началом 1990-х годов, в то время как в Южной Америке, Южной и Центральной Азии и Латинской Америке он снизился примерно на четверть (28 процентов). Этот показатель также снизился в странах Африки к югу от Сахары, но лишь примерно на 12 процентов.

Что означают эти различия? Для лучшего понимания анализ рассматривал взаимосвязь ключевых социальных, экономических и политических показателей (UNDP, 2020) с показателями непреднамеренной беременности, а также долей непреднамеренных беременностей, заканчивающихся абортom, на уровне страны. В ней были рассмотрены 150 стран и территорий, по которым имеются данные, охватывающие период с 1990 по 2019 год.

Анализ в целом свидетельствует о том, что в странах с более высоким уровнем социального и экономического развития, более высоким уровнем гендерного равенства и политикой, предусматривающей более широкий легальный доступ к безопасным абортom, наблюдается более низкий уровень непреднамеренной беременности. Это подчеркивает

взаимосвязанные и взаимоукрепляющие отношения между непреднамеренной беременностью и недостаточным развитием, на основе чего можно сделать вывод, что более активные усилия по решению проблемы непреднамеренной беременности могут принести значительные выгоды в области развития.

Между тем наблюдалось варьирование доли непреднамеренных беременностей, заканчивающихся абортom, что отражало большое разнообразие культурных и правовых условий во всем мире.

### *Социально-экономическое развитие*

Авторы рассмотрели данные Индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП) за 2019 год и два его основных компонента, а именно уровень образования и валовой национальный доход на душу населения (ВНД), в сравнении с показателями непреднамеренной беременности. Во всем мире более высокие уровни социального и экономического развития, измеряемые этими показателями, были тесно связаны с более низкой частотой непреднамеренной беременности в 2015–2019 годах. Одно из объяснений заключается в том, что страны с более высокими показателями развития, скорее всего, являются странами, где услуги в области контрацепции более доступны и где женщины сталкиваются с меньшим количеством культурных барьеров для управления своими предпочтениями в отношении фертильности. (Примечательно, что в странах Африки к югу от Сахары ситуация была иной, она более подробно рассмотрена в технической записке на странице 141.)

*Результаты* беременности, как правило, различаются между странами с высоким уровнем дохода и странами с низким и средним уровнем дохода.

В странах с низким и средним уровнем дохода более высокие уровни социального и экономического развития были связаны с более высокой долей прерываемых непреднамеренных беременностей (даже после учета различий в правовом статусе абортom). Этот вывод



подтверждает гипотезу о том, что по мере увеличения альтернативных издержек, связанных с деторождением, женщины, которые сталкиваются с непреднамеренной беременностью, сильнее мотивированы отказываться от рождения ребенка. Та же картина наблюдалась и в отношении тенденций за 30-летний период с 1990 по 2019 год в этих странах: улучшение показателей развития на страновом уровне было связано с увеличением доли прерванных непреднамеренных беременностей.

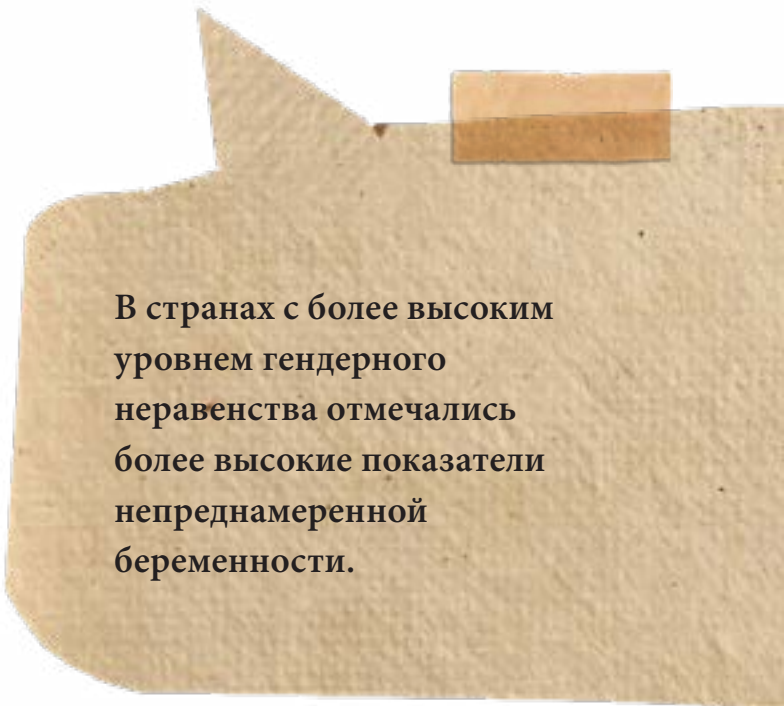
В странах с высоким уровнем дохода более высокие показатели ИРЧП были связаны с *меньшей* вероятностью прерывания беременности, в то время как в странах с высоким уровнем дохода более низкие показатели развития были связаны с большей вероятностью абортов. Одна из гипотез состоит в том, что в странах с высоким уровнем дохода и более высоким уровнем развития женщины, которые мотивированы отказываться от рождения ребенка, имеют больше возможностей избежать беременности, в том числе с помощью средств контрацепции. Также возможно, что системы социальной и экономической защиты облегчают женщинам вынашивание непреднамеренной беременности до срока в более развитых странах.

Можно было бы предположить, что уровень дохода и образования среди женщин и девочек более тесно связан с более низким уровнем непреднамеренной беременности, чем с уровнем дохода и образования среди мужчин и мальчиков, но это не так. Показатели ВНД на душу населения и уровень образования среди женщин *не* коррелировали с частотой прерванных беременностей сильнее, чем показатели ВНД на душу населения и уровень образования среди мужчин. Это указывает на то, что *общий* ВНД страны и уровень образования, а не исключительно с ВНД на душу населения и уровнем образования среди женщин и девочек, связаны с более низким числом непреднамеренных беременностей. Другими словами, и это важно, *общее* развитие является вероятным фактором

снижения частоты случаев непреднамеренной беременности.

### **Гендерное равенство**

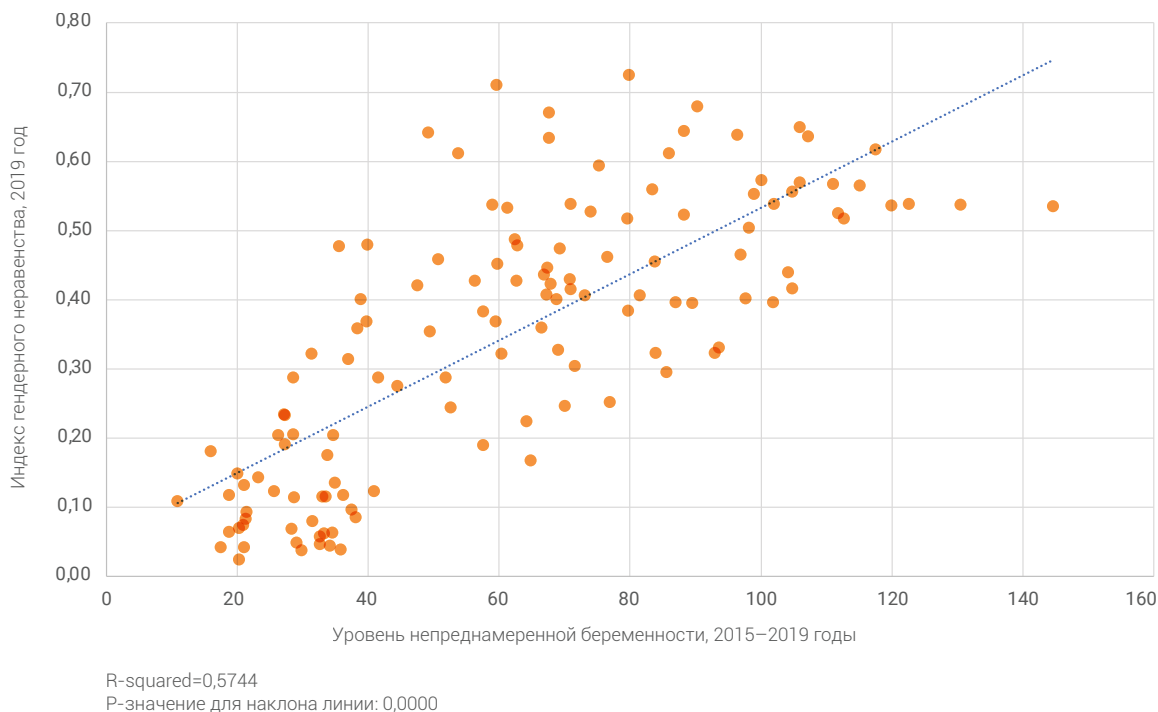
Авторы также оценили взаимосвязь между гендерным равенством и непреднамеренной беременностью, используя индекс гендерного неравенства (ИГН) в качестве показателя статуса женщин и девочек. ИГН измеряет три аспекта гендерного равенства — репродуктивное здоровье, расширение прав и возможностей и экономический статус, при этом более высокие показатели ИГН указывают на более высокий уровень гендерного неравенства. В странах (и на территориях) как с низким и средним, так и с высоким уровнем дохода, но с более высоким уровнем гендерного неравенства, измеряемым ИГН, в 2015–2019 годах наблюдались более высокие показатели непреднамеренной беременности. Эта корреляция сохранялась даже после учета роли ИРЧП и выделялась как самый сильный из всех факторов влияния, рассмотренных в этих анализах (см. диаграмму 1).



**В странах с более высоким уровнем гендерного неравенства отмечались более высокие показатели непреднамеренной беременности.**

## ДИАГРАММА 1

Корреляция между частотой непреднамеренной беременности в 2015–2019 годах и индексом гендерного неравенства, 2019 год



Источник: авторы, данные Bearak and others, 2022.

Что касается исходов беременности, то выявленные закономерности были аналогичны тем, которые наблюдались в отношении ИРЧП: в странах с низким и средним уровнем дохода *более низкие* уровни гендерного равенства были связаны с *меньшей* долей прерванных непреднамеренных беременностей. Эта корреляция сохранялась после учета значительных различий в законах об абортах в этих странах. Напротив, в странах с высоким уровнем дохода более высокие показатели гендерного равенства были, но несущественно связаны с более низкой долей прерванных нежелательных беременностей.

Взятые вместе, эти результаты свидетельствуют о том, что первоначальные достижения в области гендерного равенства, как наблюдается в странах с низким и средним уровнем дохода, приводят к тому, что женщины с непреднамеренной беременностью с большей вероятностью воспользуются возможностью сделать аборт. Однако в странах с более высоким уровнем дохода более высокие уровни гендерного равенства не оказали заметного влияния на аборт (диаграмма 2), возможно, потому что в этих условиях женщины в первую очередь имеют больше возможностей избежать непреднамеренной беременности.

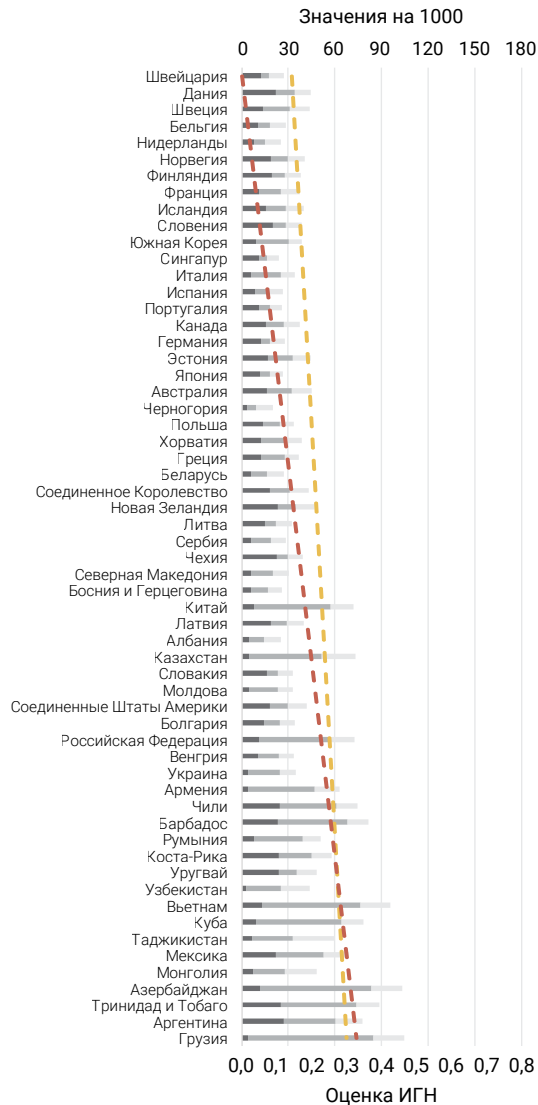


ДИАГРАММА 2

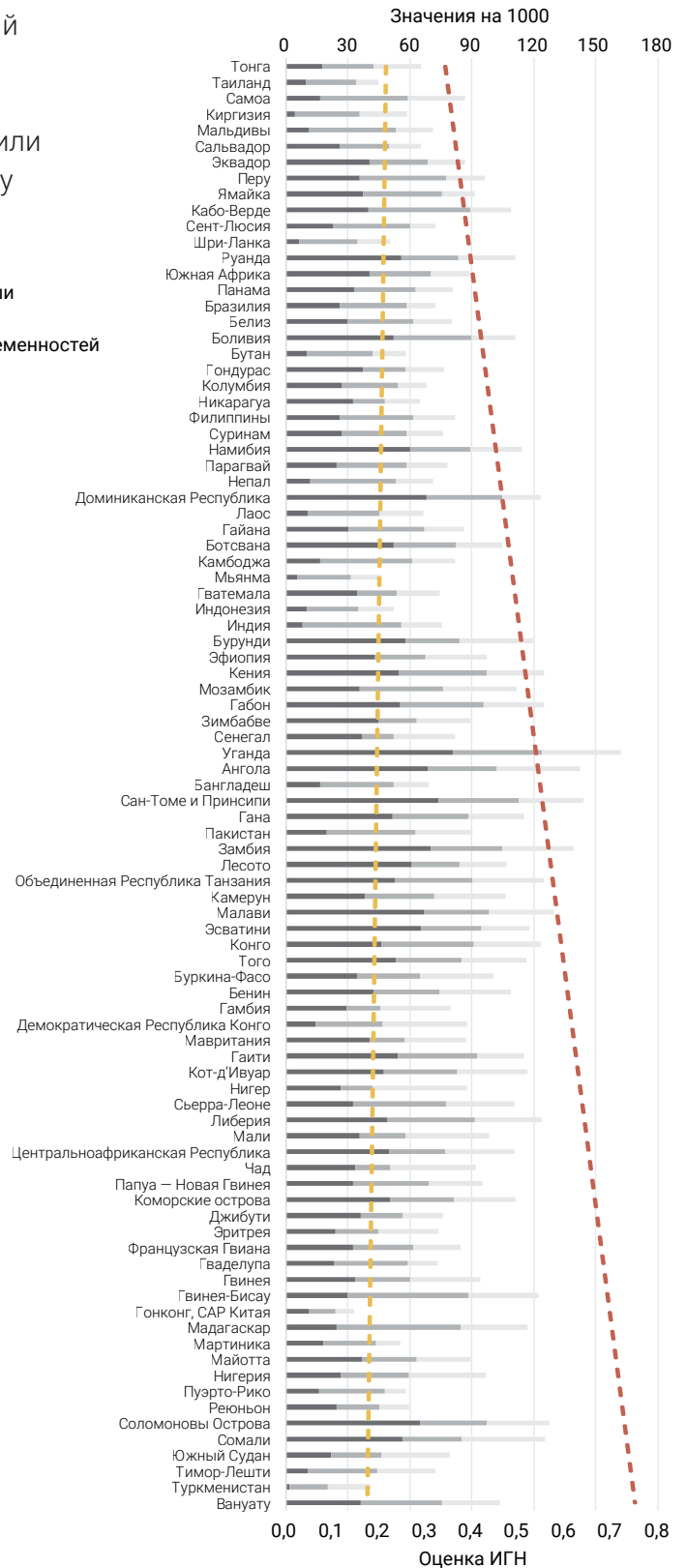
Показатели незапланированных рождений и абортс и доля незапланированных беременностей, которые заканчиваются незапланированными родами, абортс или выкидышами, 2015–2019 годы, по индексу гендерного неравенства (ИГН)

- Незапланированные роды
- Абортс
- Выкидыши
- Количество абортс на 1000 непреднамеренных беременностей
- ИГН 2019 года

А. Страны и территории с ИГН менее 0,35



В. Страны и территории с ИГН более 0,35



Источник: авторы, данные Bearak and others, 2022.

## Коэффициент материнской смертности

Взаимосвязь между коэффициентом материнской смертности (КМС) (компонент ИГН) и небезопасными абортами хорошо изучена. Небезопасные аборты являются одной из ведущих причин материнской смертности во всем мире: ежегодно на небезопасные аборты приходится от 4,7 до 13,2 процента случаев материнской смертности (WHO, 2020). Но связь между непреднамеренной беременностью и материнской смертностью не столь явная.

В анализе авторов, использующих только имеющиеся данные о КМС (WHO and others, 2019) (очень важный показатель развития, особенно сектора здравоохранения) и показатели непреднамеренной беременности с 2015 по 2019 год, было установлено, что более высокая материнская смертность действительно коррелировала с более высокими показателями непреднамеренной беременности. Эта связь прослеживается в странах всех категорий доходов (за исключением стран Африки к югу от Сахары, обсуждаемых в технической записке на странице 141).

Почему непреднамеренная беременность связана с более высоким риском материнской смертности, чем преднамеренная? Существует много возможных объяснений. Центральное место среди них занимает идея о том, что непреднамеренная беременность с большей вероятностью, чем преднамеренная, приведет к аборту, включая небезопасные аборты. Женщины, столкнувшиеся с непреднамеренной беременностью, также реже пользуются услугами здравоохранения (подробную информацию см. в Главе 5 на странице 94). Тем не менее, фактические данные о влиянии непреднамеренной беременности на показатели здоровья матери ограничены, и пути этой связи еще не полностью раскрыты в научной литературе (Gipson and others, 2008).

## Законы об абортах

Доля нежелательной беременности, как правило, ниже в странах с более либеральными законами об абортах (т. е. странах, где аборт разрешен по социально-экономическим причинам или по требованию), чем в странах с более строгими законами (там, где аборты запрещены полностью; где это допускается только для спасения жизни женщины; для того, чтобы сохранить физическое здоровье женщины; и для того, чтобы сохранить психическое здоровье женщины).

Это заметная корреляция, но не вопрос причинно-следственной связи: либеральные законы об абортах сами по себе, скорее всего, никак не влияют на частоту непреднамеренной беременности. Вместо этого, возможно, либеральные законы об абортах являются отражением более широких услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, которые более удобны для пользователей и отвечают потребностям сексуально активных людей.

Что касается *исходов* непреднамеренной беременности, то в странах с низким и средним уровнем дохода не наблюдалось существенной связи между законами об абортах и долей непреднамеренных беременностей, закончившихся абортом. Другими словами, *не* было доказано, что ограничительные законы об абортах в этих странах уменьшают количество обращений за услугой. Но в странах с высоким уровнем дохода, где действуют более либеральные законы об абортах, значительно *меньшая* доля непреднамеренных беременностей приводит к абортам по сравнению со странами с высоким уровнем дохода с более строгими законами. Эти выводы подтверждают выводы других исследователей (Bearak and others, 2022).



## Аборт с точки зрения прав человека

Не все непреднамеренные беременности являются нежелательными. Но большинство непреднамеренных беременностей заканчиваются абортом, что делает правозащитный подход к абортам весьма актуальным для государств и политиков.

Репродуктивные права — это права человека; каждый человек имеет право принимать обоснованные решения о своем теле и здоровье и решать, следует ли иметь детей, когда и сколько

(UN General Assembly, 1979). Эти права, а также права на здоровье и жизнь, включают доступ к безопасному аборту, который защищен «в тех случаях, когда жизнь и здоровье беременной женщины или девочки находятся под угрозой, или когда вынашивание беременности до срока причинит беременной женщине или девочке значительную боль или страдания, особенно в тех случаях, когда беременность является результатом изнасилования или кровосмешения или нежизнеспособна» (UN CCPR, 2019). Безопасный доступ к аборту не является отдельным правом. Он зависит от защиты и осуществления других прав человека: на информацию, на здоровье, на равенство, на неприкосновенность частной жизни и на жизнь, свободную от насилия, гендерных стереотипов и дискриминации (OHCHR, 2018).

Хотя доступ к абортам в основном регулируется национальным законодательством (UNFPA, 1994), нормы в области прав человека все больше влияют на сферу применения национального законодательства. Например, в 2019 году Комитет Организации Объединенных Наций по гражданским и политическим правам постановил, что все государства должны декриминализовать абORTы и обеспечить доступность легальных абORTов для сохранения жизни и здоровья женщины; кроме того, государства не могут устанавливать административные или другие барьеры на пути женщин, желающих сделать легальный аборт (UN CCPR, 2019). Многие другие международные договоры и органы по правам человека, а также региональные договоры по правам человека

рассматривают аборт как право человека, когда беременность является результатом силы и принуждения (Fine and others, 2017). Во всех случаях, независимо от того, является ли аборт или попытка аборта законными, уход после аборта как жизненно важное медицинское вмешательство должен быть доступен всем тем, кто в нем нуждается (UNFPA, 1994).

Аборты, по сути, легальны в большинстве стран, хотя часто и с ограничениями. Аборты легальны по некоторым или всем основаниям, в том числе для спасения жизни женщины, сохранения здоровья женщины, в случаях изнасилования и в случаях нарушения развития плода, в 96 процентах стран из 147 государств-членов Организации Объединенных Наций, представивших данные. Однако в 28 процентах этих стран для доступа замужних женщин к услуге требуется согласие мужа, а в 36 процентах случаев несовершеннолетним требуется согласие суда. Кроме того, почти в 63 процентах стран женщины могут быть привлечены к уголовной ответственности за незаконный аборт (United Nations, 2022).

В ситуациях, когда аборт является незаконным или иным образом недоступен, непреднамеренная беременность описывается как «принудительное деторождение» (UN ESCWA, 2004). Эта идея о том, что человека следует принуждать к вынашиванию нежелательной беременности, коренится в гендерных стереотипах и отражает дискриминационное представление о том, что ценность девочек и женщин заключается исключительно в их репродуктивных способностях. Конвенции по правам человека обязывают государства изменить такие вредные стереотипы и положить конец практике, посредством которой они укрепляются. Законы и политика должны, по крайней мере, позволять отдельным лицам в максимально возможной степени избегать непреднамеренной беременности (UNFPA, 2020b).

## Поддерживающий или подавляющий выбор

Эти анализы являются лишь первым шагом в изучении этих новых оценок. Необходимы более масштабные исследования. Тем не менее, в настоящее время этот краткий обзор данных предлагает важные идеи, многие из которых подтверждают существующие предположения и выводы, такие как четкая корреляция между многими показателями развития, особенно теми, которые связаны с гендерным неравенством и непреднамеренной беременностью. Другие результаты помогают выявить нюансы различий в разных частях мира в том, как женщины переживают непреднамеренную беременность и справляются с ней, что отражается во взаимосвязи между гендерным равенством и исходом беременности.

Взятые вместе, эти данные показывают, что общие обстоятельства в стране и сообществе могут создавать условия, которые позволяют или препятствуют осуществлению позитивного выбора в отношении того, следует ли и когда беременеть, и что автономия организма и свобода действий могут сыграть взаимную роль в улучшении общественного и национального развития.

## Непреднамеренная, нежелательная или неопределенная? Ограничения нынешних мер

В этой главе представлены некоторые из наиболее полных и последних данных по теме непреднамеренной беременности. Тем не менее, также важно отметить, что эта тема, хотя и критически важная в социальном и экономическом плане и повсеместная как опыт, часто плохо или непоследовательно описывается и часто неточно понимается, что приводит к ограничениям в способах ее измерения.

Прежде всего, большая доля непреднамеренных беременностей, заканчивающихся абортom — более трех из пяти (Bearak and others, 2020), — подчеркивает вероятность того, что большинство этих беременностей являются не только непреднамеренными, но и нежелательными. Учитывая законодательные ограничения на аборты во многих странах, а также социальные, экономические и географические барьеры для абортов во многих сообществах, фактическая доля непреднамеренных нежелательных беременностей может быть намного выше.

Но было бы ошибкой предполагать, что все незапланированные беременности нежелательны. В некоторых случаях женщины не прикладывают усилия, чтобы забеременеть, но могут положительно отреагировать на беременность и решить, что хотят ее сохранить. Это подтверждает масштабный опрос во Франции, в ходе которого респонденты чаще говорили, что беременность была незапланированной, чем сообщали, что она была нежелательной (Moreau and others, 2014).

Исследователи давно заметили и активно пытались точно определить, как отношение женщин к беременности может варьироваться в зависимости от различных переменных (Hall and others, 2017; Aiken and others, 2016). Многие женщины, например, неоднозначно относятся



к созданию или расширению семьи. Некоторые хотят завести ребенка, но не уверены в своих жизненных обстоятельствах, партнере или будущем. Желание женщины забеременеть может ослабевать и исчезать до и даже во время беременности. И во многих ситуациях само понятие намерения может толковаться неоднозначно. Женщины и девочки в этих сценариях могут быть неспособны проявлять личную волю или у них может быть фаталистический подход к беременности и деторождению. Они могут думать, что их намерения не имеют значения, и — к сожалению — в глазах их семей или сообществ многие из них правы.

Эта неопределенность оказывает влияние на данные. Многие показатели предполагают, что женщины принимают сознательные и бинарные решения о том, хотят они иметь ребенка или нет. Большинство текущих оценок частоты непреднамеренной беременности получены на основе вопросов, используемых в обследованиях населения, таких как Демографические и медицинские обследования (DHS) в странах с низким уровнем дохода. DHS задает женщинам один вопрос о каждой беременности, наступившей не ранее пяти лет назад.

Обычно он звучит так: «В то время, когда вы забеременели, вы хотели этого, планировали беременность позже или вообще не хотели (больше) иметь детей?» Если женщины отвечают, что не хотели беременеть или планировали сделать это позже, согласно таким оценкам, их беременность считается незапланированной. Этот подход несовершенен (Population Council, 2015): например, некоторые женщины, у которых есть ребенок, появившийся в результате непреднамеренной беременности, могут позже переосмыслить свой опыт беременности после того, как они адаптируются к новой реальности (Ralph and others, 2020). После родов и установления связи с ребенком или после того, как

женщина перенесла стигматизацию, связанную с непреднамеренной беременностью, она может сменить прежнее отвращение к беременности на равнодушие, а равнодушие, в свою очередь, может смениться положительным отношением к беременности. Таким образом, меры, основанные на ретроспективной отчетности о намерениях забеременеть, могут недооценивать распространенность непреднамеренной беременности.

Женщины могут по религиозным или иным причинам сделать осознанный выбор, чтобы не выбирать — например, довериться вере или судьбе. Эти женщины легко поддаются классификации; их можно было бы охарактеризовать как имеющих открытое намерение забеременеть, но в равной степени их беременность можно было бы охарактеризовать как незапланированную. Наконец, DHS и другие обследования обычно собирают информацию о непреднамеренной беременности только от женщин. Поэтому мало что известно об отношении партнеров-мужчин к беременности или о степени, в которой они способны осуществлять репродуктивный выбор в своей собственной жизни.

Предпринимаются усилия по улучшению показателей измерений непреднамеренной беременности, чтобы эффективнее учитывать нюансы опыта женщин. Один из подходов, лондонский показатель непреднамеренной беременности, измеряет степень планирования беременности по шкале от 0 до 12 (Hall and others, 2017). Основанные на моделях оценки частоты незапланированных родов и абортс были опубликованы в 2016 году (Sedgh and others, 2016a), и за ними последовали первые в истории основанные на моделях оценки по странам почти для всех стран мира (Bearak and others, 2022). Тем не менее, это только оценки; глубокая и надежная база фактических данных появится только тогда, когда об этом опыте можно будет сообщать без стыда, и для измерения частоты абортс будут выделены достаточные ресурсы.

## Подростковая беременность и выбор

Непреднамеренную беременность часто связывают с проблемой подростковой беременности, но взаимосвязь между этими двумя проблемами на самом деле более сложная. Не все подростковые роды являются результатом непреднамеренной беременности. Большинство рождений среди девочек в возрасте до 18 лет происходит в браке или союзе, что подтверждается новым исследованием Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций (UN DESA, 2022). Многие из этих беременностей вполне могут быть классифицированы как «преднамеренные» в соответствии с существующими опросами, самоотчетами и другими измерениями, даже несмотря на то, что способность девушек решать, когда и с кем заводить детей, серьезно ограничена, если у них вообще есть какой-либо выбор. Более пристальный взгляд на подростковую фертильность, особенно среди самых маленьких подростков, показывает ограниченность рассмотрения только текущих показателей намерения забеременеть при изучении автономии и выбора.

### Материнство в детстве

Новое исследование ЮНФПА (UNFPA, 2022), посвященное 96 процентам мирового подросткового населения, за исключением Китая и стран с высоким уровнем дохода, показывает, что во всем развивающемся мире почти каждая третья молодая женщина в возрасте от 20 до 24 лет родила в подростковом возрасте, определяемом как возраст от 10 до 19 лет. Почти половина этих матерей-подростков еще сами были детьми (в возрасте 17 лет и младше) в момент рождения первого ребенка — они же обычно продолжали рожать еще в детстве.

Другими словами, 13 процентов всех молодых женщин в развивающихся странах начинают рожать, будучи еще детьми, и на долю этих подростков приходится поразительно большая доля всех рождений среди подростков. Три четверти девочек, впервые родивших в возрасте 14 лет и младше, родили вторично до 20 лет, а 40 процентов девочек, родивших

дважды, родили в третий раз до 20 лет. Половина девочек, родивших в первый раз в возрасте от 15 до 17 лет, родили во второй раз до того, как им исполнилось 20 лет.

Кроме того, более половины повторных родов (после первых родов) у матерей-подростков были быстрыми повторными родами; то есть они происходят в течение 24 месяцев после предыдущих родов и сопряжены с повышенным риском младенческой заболеваемости и смертности (Molitoris and others, 2019; Rutstein, 2008).

Эти новые результаты показывают:

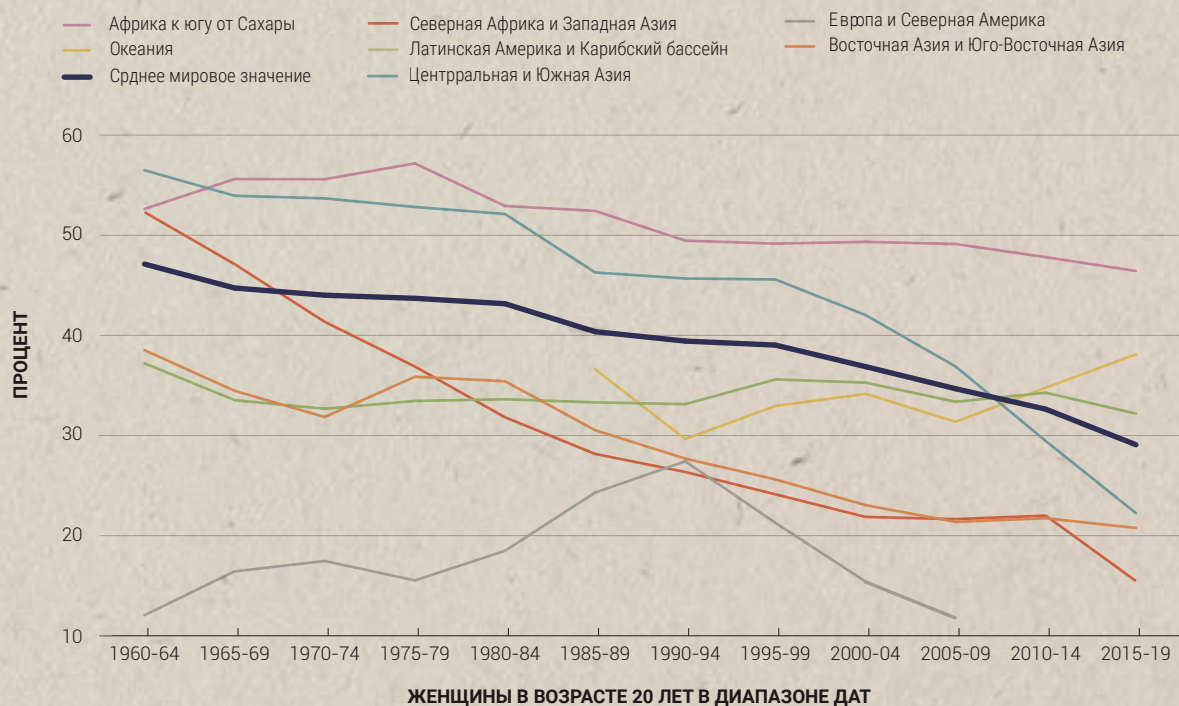
- **45 процентов** матерей-подростков, впервые вступающих в брак, сами являются детьми, то есть в возрасте 17 лет и младше.
- **50 процентов** всех рождений в подростковом возрасте приходится на девочек, которые начинают рожать в детстве.
- **54 процента** всех повторных родов у матерей-подростков являются быстрыми повторными родами.

Достигнут прогресс в повышении возраста первых родов, но этого недостаточно. По данным, охватывающим почти шесть десятилетий, доля девочек в возрасте 17 лет и младше, впервые родивших в подростковом возрасте, сократилась с 60 до 45 процентов. Доля всех рождений среди подростков, которые произошли у этих девочек, сократилась с 68 до 50 процентов. В обоих случаях это соответствует снижению лишь примерно на 3 процентных пункта каждые 10 лет с ускорением снижения за последние два десятилетия. При таких темпах потребуется 160 лет, чтобы покончить с материнством в детстве. В случае быстрых повторных рождений снижение еще менее заметно — всего на 1 процентный пункт каждые 10 лет в течение последних шести десятилетий.

Во всех регионах мира значительная доля женщин начинает свою репродуктивную жизнь в подростковом возрасте (диаграмма 3).

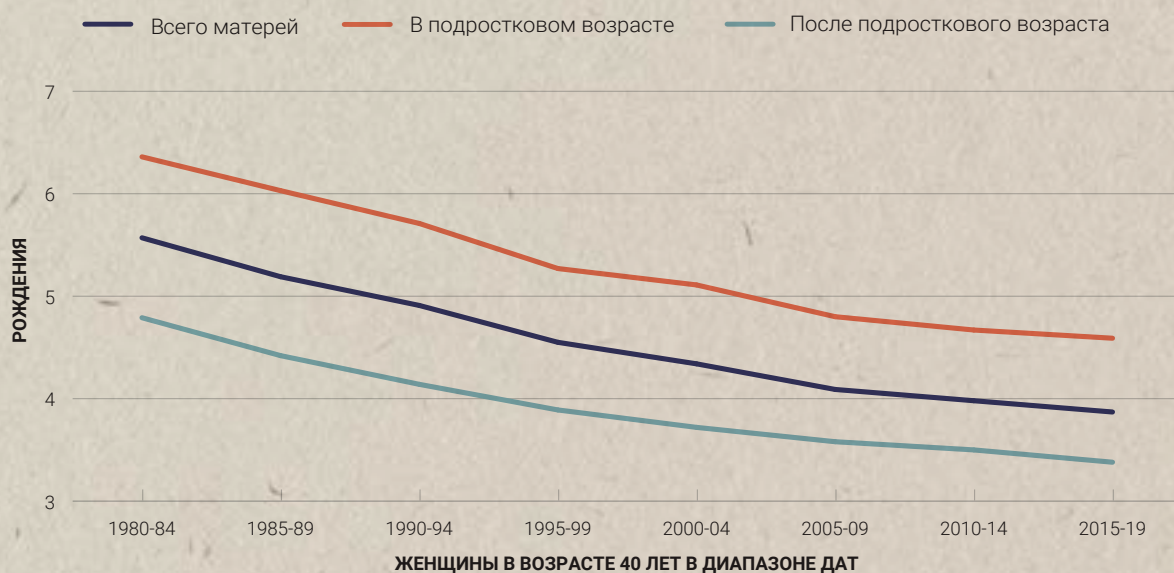


**ДИАГРАММА 3** Доля женщин, начавших рожать в подростковом возрасте, в разбивке по регионам ЦУР, исключая Китай и страны с высоким уровнем дохода



Источник: ЮНФПА, 2022 год.

**ДИАГРАММА 4** Полная рождаемость в разбивке по возрасту вступления в материнство, среднемировой показатель, исключая Китай и страны с высоким уровнем дохода



Источник: ЮНФПА, 2022 год.



Женщины, которые впервые рожают в подростковом возрасте, в итоге рожают почти на два раза больше в течение всей жизни, чем женщины, которые начинают рождать в возрасте 20 лет или старше (диаграмма 4).

**Роль детских браков**  
Согласно новому, ранее не публиковавшемуся анализу Отдела народонаселения ООН, в 54 развивающихся странах, по которым имеются данные, большинство первых рождений у девочек в возрасте до 18 лет происходит в браке или союзе (UN DESA, 2022). Страны Центральной и Южной Азии, а также Северной Африки и Западной Азии стабильнее других демонстрируют высокие показатели рождаемости в браке.

Какова связь между деторождением в подростковом возрасте и браком? Ожидается, что многие молодые невесты родят детей или продемонстрируют свою фертильность в начале брака, и в этом случае беременность наступает вскоре после вступления в брак.

Но мы также знаем, что беременность может быть движущей силой детских браков из-за культурных убеждений или гендерных стереотипов в отношении деторождения и брака, добрачного секса, семейной чести и отсутствия доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая безопасный аборт (Petroni and others, 2017). Согласно данным обследования, многие первые роды среди девочек в возрасте до 18 лет происходят менее чем через семь месяцев после вступления в брак или начала совместного проживания, что свидетельствует о том,

что добрачное зачатие часто предшествует вступлению девочек в брак (диаграмма 5). В некоторых странах — Бангладеш, Бенине, Чаде, на Коморских Островах, в Индонезии, Лесото, Нигере, Папуа — Новой Гвинее и на Филиппинах — более пятой части первых родов девочек в возрасте до 18 лет подпадают под эту категорию. Тем не менее, существуют значительные различия между регионами и странами (дополнительную информацию см. в технической записке на стр. 142).

Некоторые подростки официально вступают в брак или в неформальные союзы в рамках стратегии освобождения (Hogii, 2021); вместо того, чтобы рассматривать свои собственные браки как «принудительные», они рассматривают их как решение проблемы запрета на добрачный секс и романтические отношения и даже способ избежать насилия в семье. Тем не менее, эти так называемые добровольные браки имеют многие из тех же вредных последствий, что и принудительные браки, включая ускоренный и небезопасный переход к взрослым ролям и обязанностям, включая деторождение в подростковом возрасте.

Женщины и девочки, вышедшие замуж в подростковом возрасте, как правило, менее образованы, обладают меньшими возможностями дома и в экономическом плане и ограниченными возможностями для передвижения, чем незамужние подростки и взрослые женщины. Они, как правило, изолированы от общества и им не хватает знаний и навыков для урегулирования ситуаций, которые наносят ущерб их здоровью и благополучию, в том числе в области принятия

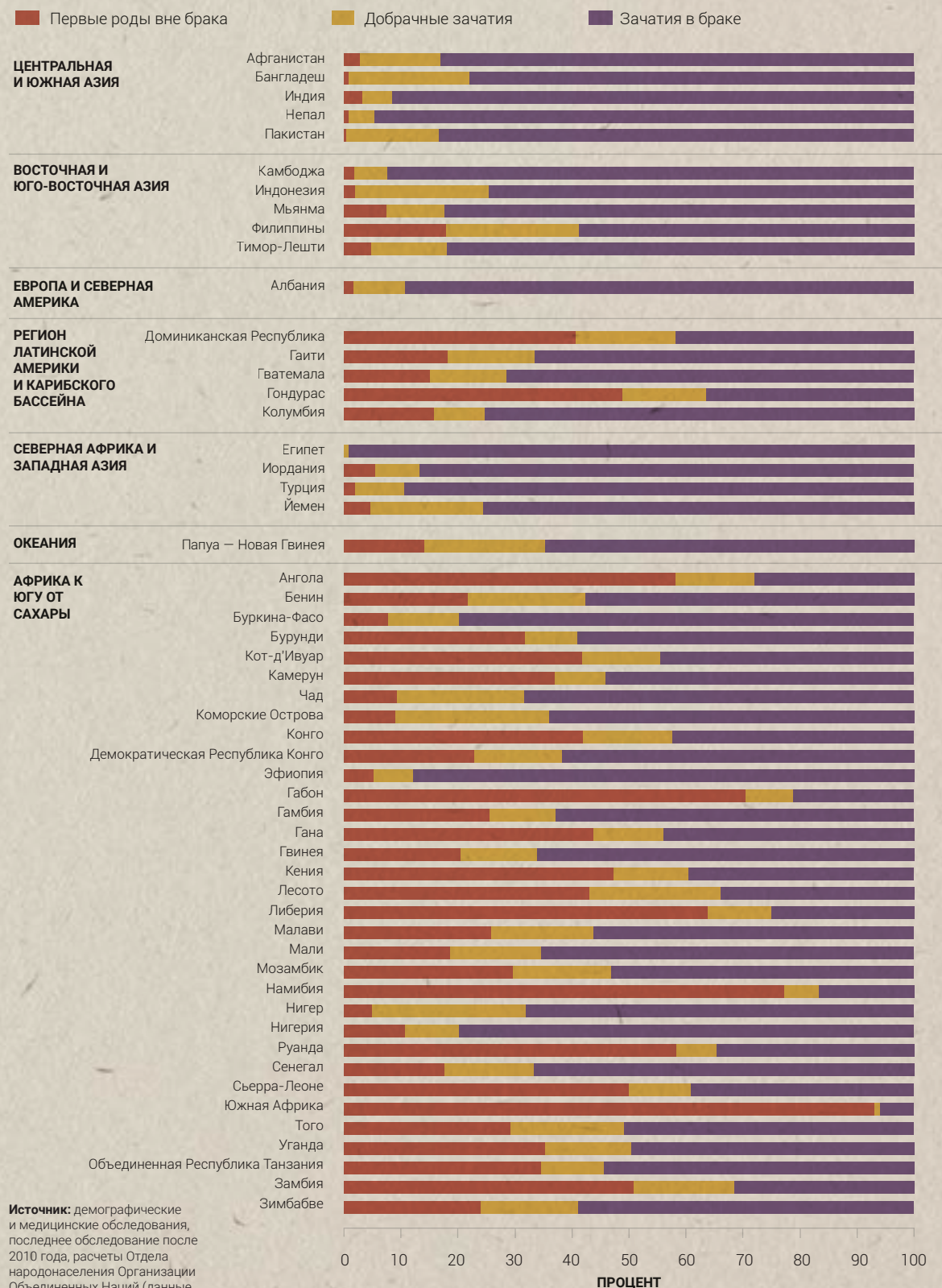
решений о том, сколько детей иметь и когда. Разница в возрасте между супругами, как правило, больше среди женщин, которые выходят замуж в более раннем возрасте, по сравнению с женщинами, которые выходят замуж в более позднем возрасте (UN DESA, 2022).

Ранняя сексуальная активность со старшим партнером связана с плохими гендерными отношениями и низкими показателями репродуктивного здоровья (Ryan and others, 2008).

Устранение этих основных условий означает устранение гендерного неравенства путем предоставления подросткам и молодежи возможностей для получения образования, трудоустройства и участия в качестве альтернативы ранним бракам и беременности; обеспечение всестороннего полового просвещения; предоставление услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья и средств контрацепции, ориентированных на подростков; предоставление родителям и семьям возможности делиться информацией, оказывать поддержку и уход для формирования здорового подхода подростков к сексуальности и отношениям (UNESCO and others, 2018); установление минимального законного возраста вступления в брак для девочек и мальчиков, с согласия родителей или без, в возрасте 18 годам; и предотвращение «криминализации подростков аналогичного возраста за фактически согласованную и неэксплуатирующую сексуальную активность» (UN CRC, 2016).



**ДИАГРАММА 5** Первые роды в возрасте до 18 лет в разбивке по регионам ЦУР



**Источник:** демографические и медицинские обследования, последнее обследование после 2010 года, расчеты Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций (данные представлены в технической записке на странице 142).

# ИЛЛЮЗИЯ ВЫБОРА: ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ



Для Яджайры и многих других молодых женщин, в особенности тех, кто маргинализирован из-за бедности и отсутствия работы или возможностей учиться, ранее замужество и беременность становятся неизбежным выбором. © UNFPA/Wilton Castillo

## САЛЬВАДОР/ФИЛИППИНЫ —

Когда ей было всего 16 лет, Яджайра забеременела от своего 18-летнего парня после того, как у них впервые был секс. Вскоре после этого они поженились. «Это было началом нового этапа в моей жизни, — вспоминает Яджайра. — Это была резкая перемена, потому что мне пришлось взять на себя ответственность за свою беременность. Я только закончила девятый класс...».

В ее ситуации нет ничего необычного. В Сальвадоре,

где она живет, подростковые беременности составляют четверть всех беременностей (UNFPA El Salvador, 2021). Это признак общего бесправия: подростковая беременность и ранние браки связаны с циклами бытового и сексуального насилия (UNFPA, El Salvador, 2021), бедствием, которое уже было обычным явлением до того, как его случаи участились на 70% во время пандемии COVID-19 (IRC, 2020). Сексуальное образование только недавно было включено в национальную учебную программу, и аборт строго запрещены

при любых обстоятельствах — без исключений в случае изнасилования, кровосмешения или если жизни матери и ребенка угрожает опасность.

Таким образом, можно предположить, что большинство подростковых беременностей являются непреднамеренными. Но на самом деле более половины подростковых беременностей в Сальвадоре, 58 процентов (Carter and Speizer, 2005), были зарегистрированы как запланированные женщинами, в то время как 75 процентов вовлеченных мужчин считали их преднамеренными.

Когда ее спрашивают, приняла ли она самостоятельное решение завести ребенка в 16 лет, Яджайра не отвечает прямо. Она говорит, что не получала сексуального образования, и что секс и беременность, казалось, случились сами собой. Для нее, как и для многих молодых женщин, особенно тех, кто находится в изоляции из-за бедности и отсутствия работы или возможностей для получения образования, ранняя беременность и вступление в брак неизбежны. Более четверти сальвадорских девушек выходят замуж в возрасте до 18 лет (ECLAC, 2020).

Хотя Яджайра не выбирала, забеременеть или нет, выбор относительно вступления в брак она сделала сама. «Моя мать была против, — говорит она, — но я не



хотела повторения ситуации с моим ребенком, который бы рос без отца, поэтому я решила выйти замуж и переехала жить к родителям своего парня. Это был самый трудный этап в моей жизни. Пока я была на пути в мэрию, где регистрируют браки, мои одноклассники праздновали начало учебы в старшей школе... Это была проверка в реальных условиях. Я думала: «Что я делаю?»».

Ее муж обещал, что она сможет продолжить свое образование, но в реальности все оказалось иначе. В дополнение к уходу за своим маленьким сыном и небольшого дохода от изготовления и продажи сыра она каждую субботу посещала школу в столице департамента. После этого она мчалась домой, чтобы приготовить еду для своего мужа, и эта ситуация злила ее свекровь. «Эта чушь, учеба, закончилась», — вспоминает Яджайра ее слова.

На другом конце света, в Магинданао на Филиппинах, Рахмадина была типичной школьницей, пока не закончила шестой класс. В 14 лет она влюбилась в 16-летнего Морсида и вышла за него замуж, вскоре родив их первого ребенка. Это были ее собственные решения, говорит она. Но она не ожидала того, что последовало за ними.

«Когда мы поженились, мне все же удалось закончить первый год старшей школы», — говорит Рахмадина, баюкая своего второго, новорожденного ребенка. Затем ее желание продолжить учебу столкнулось с суровой реальностью. После того, как ее муж поехал в Манилу на работу, «он сказал мне уйти из школы, потому что он сам перестал учиться».

Несмотря на их финансовые сложности и трудности, с которыми она иногда сталкивается, воспитывая двух таких маленьких детей, Рахмадине нравится быть матерью. Тем не менее, она говорит, что думает о жизни, которая была бы у нее, сделай она другой выбор.

Сейчас она хочет найти работу за границей, «чтобы у моих детей было все необходимое, — говорит она. — Но мой муж мне этого не позволит. Он говорит мне, что я не могу. Он бросит меня, если я когда-нибудь буду работать за границей. Так что я просто молчу; я больше нигде не планирую уезжать».

Яджайра тоже чувствовала себя так, будто оказалась в трясине. Хотя она сделала выбор выйти замуж, другие жизненные решения были вне ее контроля. Ее муж был неверен и оскорблял ее. Когда Яджайра хотела уйти, он и его родители использовали ее сына в качестве рычага давления: «Они попросили меня уйти и оставить моего сына, а не забирать его». Наконец, через пять лет брака, она достигла переломного момента. Она вернулась в дом своей матери, забрав с собой сына. «Я не собирался оставлять там своего сына. Никто не смог бы отнять у меня моего ребенка».

Преисполненная решимости избрать для себя другой путь, она закончила учебу и пошла работать в полицию, оказывая поддержку жертвам гендерного насилия. У нее случилась еще одна непреднамеренная беременность — на этот раз она использовала средства контрацепции, но это не помогло. Когда она сказала своему партнеру, что беременна, он уехал из города.



Рахмадина Талучан Маланг, 18 лет, мать двоих детей. © UNFPA/Rosa May DeGuzman

Сейчас, в свои 34 года, Яджайра излучает уверенность. Она довольна своей карьерой, гордится своими 6- и 17-летним мальчиками и в восторге от степени в области социальной работы, которую она скоро получит. И она воспитывает своих сыновей ответственными мужчинами, которые отвергают гендерное неравенство и открыто говорят о таких вопросах, как контрацепция: «Очень часто матери не говорят открыто и не обсуждают со своими детьми эти вопросы. Но это следует делать, чтобы они обрели некоторую уверенность».

Что касается Рахмадины, то она тоже принимает решения, чтобы обеспечить свое будущее. Она узнала о доступных вариантах контрацепции и вот-вот получит свою первую инъекцию контрацептива. Она также хочет, чтобы у ее дочери было больше возможностей выбора. «Я хочу, чтобы она закончила школу, не стала такой, как я, и достигла своих целей до того, как выйдет замуж», — говорит она.





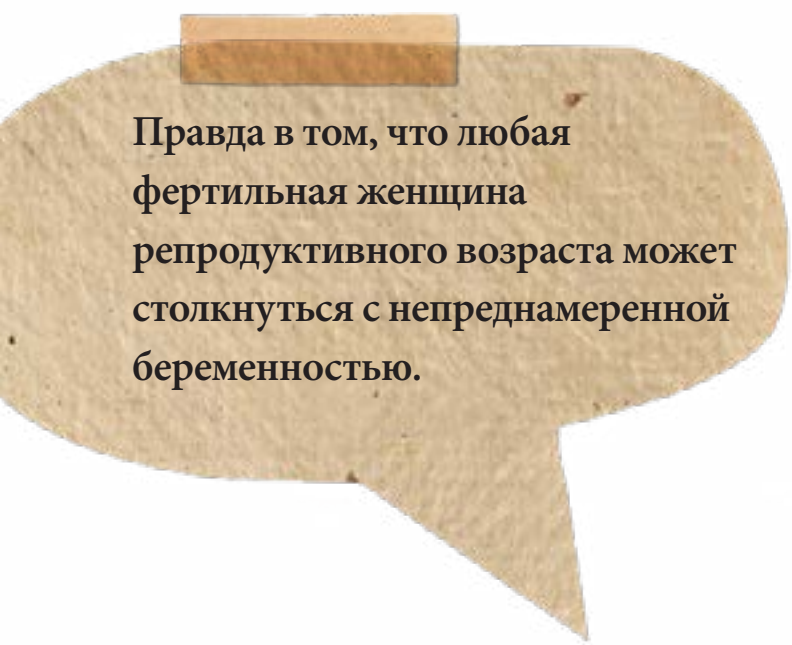
**Каждая женщина  
подвергается риску:  
ограничение свободы  
воли приводит к  
непреднамеренной  
беременности**

Непреднамеренная беременность затрагивает женщин и девочек (а также трансгендерных мужчин и небинарных людей) из всех культур, экономических слоев, религий и семейного положения. Во многих культурах и странах беременность незамужней женщины или девушки становится причиной стигматизации. С другой стороны, часто считается, что замужние женщины готовы к беременности или принимают перспективу беременности в любое время, что нивелирует их желание и выбор. В этом мировоззрении понятия непреднамеренной беременности среди замужних женщин не существует.



Истина заключается в том, что любая фертильная женщина репродуктивного возраста может забеременеть непреднамеренно: контрацептивы часто неэффективны, а доступ к ним затруднен (подробнее рассмотрено в Главе 4), сексуальное насилие и принуждение к репродуктивной деятельности по-прежнему распространены повсеместно, и около 23% женщин в странах, по которым имеются данные, сообщают, что не могут отказаться от секса (данные ЦУР). В совокупности эти факты означают, что почти все фертильные женщины и девочки репродуктивного возраста имеют ненулевые шансы забеременеть без планирования, желания или согласия на это.

Тем не менее, существует множество факторов, связанных с большей уязвимостью. Это не моральные качества, а социально-демографические обстоятельства, как подчеркивается в предыдущей главе. И вместо того, чтобы *говорить*, что эти факторы приводят к непреднамеренной беременности, предполагая, что они побуждают женщин и девочек неумолимо стремиться к беременности, их лучше описать как условия, которые *подрывают* человеческую волю. В этой главе рассматривается, как эти социально-демографические обстоятельства могут и часто влияют на способность женщин и девочек принимать решения, связанные с непреднамеренной беременностью.



**Правда в том, что любая фертильная женщина репродуктивного возраста может столкнуться с непреднамеренной беременностью.**

## **Факторы, которые поддерживают или подрывают выбор**

### ***Нищета и неравенство в доходах негативно сказываются на возможности женщин по принятию решений***

Часто под этим понимается связь между бедностью и непреднамеренной беременностью, но она далеко не однозначна. Степень преднамеренности, с которой женщина относится к своей беременности, часто определяется контекстуальными обстоятельствами. Бедные женщины с меньшими возможностями могут воспринимать беременность как неизбежность или жить в экономических условиях, благоприятствующих многодетным семьям.

Исследования, проведенные в развивающихся странах, показали, что у женщин из категории с самым низким уровнем дохода частота непреднамеренных беременностей выше, чем у женщин с более высоким уровнем семейного дохода (Sarder and others, 2021; Bain and others, 2020; Ameyaw and others, 2019). В широком обзоре данных DHS из 29 стран Африки к югу от Сахары за 2010–2016 годы (Ameyaw and others, 2019) исследователи обнаружили, что доля нежелательных беременностей была самой высокой среди беднейших женщин. К аналогичным результатам привели исследования, проведенные в Соединенных Штатах (Finer and Zolna, 2016).

Одним из объяснений этой корреляции является то, что более бедные женщины часто менее способны позволить себе современные средства контрацепции (Garraza and others, 2020). Женщины с низким уровнем дохода также непропорционально менее образованны, чем их сверстницы, и поэтому им может не хватать знаний о контрацепции. Кроме того, они с большей вероятностью будут проживать в сельской местности или в недостаточно обслуживаемых частях городских районов и, следовательно, могут не иметь доступа к услугам.



## Согласованность для пар

Данные DHS из 18 стран Африки к югу от Сахары, собранные в период с середины 1990-х до середины 2000-х годов, показывают, что мужчины в подавляющем большинстве выразили желание иметь больше детей, чем женщины (Westhoff, 2010). Недавнее исследование 2019 года, проведенное в четырех странах Африки к югу от Сахары, аналогичным образом показало, что желаемое количество детей у мужей, как правило, превышало идеальное число детей, которое называли их жены (Atake and Ali, 2019). Таким образом, ключевым вопросом является способность пар формулировать и согласовывать свои предпочтения в отношении фертильности так, чтобы реализовать автономию и свободу действий обоим. К сожалению, данные показывают, что многие женщины не могут участвовать в этой важнейшей области принятия решений: последние данные показывают, что более 8 процентов женщин не имеют права принимать решения о контрацепции, и почти четверть женщин не в состоянии сказать «нет» сексу (United Nations, 2022). Многие женщины прибегают к скрытым методам контрацепции, чтобы подтвердить свою самостоятельность, когда их репродуктивный выбор подрывается.

Исследователи из Avenir Health создали индекс согласия пар (CCI), измеряющий не только согласие в отношении размера семьи, но и дисбаланс власти в отношениях, который, как известно, влияет на выбор фертильности (с использованием таких факторов, как уровень образования и разница в возрасте между партнерами, а также гендерные нормы), при этом более высокие значения CCI отражают большую степень согласия и совместного принятия решений. Анализ показывает, что более высокий CCI сильно коррелирует с более высокой распространенностью использования современных противозачаточных средств. Характерно, что ни в одной стране в обзоре распространенность использования современных противозачаточных средств не превысила 55 процентов без относительно высокого показателя CCI (Bietsch and Emmart, 2022). Это говорит о том, что, когда пары могут совместно планировать свое репродуктивное будущее в условиях равенства полов, женщины с большей вероятностью получают возможность использовать современные методы контрацепции.

Здесь также следует отметить, что сами мужчины имеют в своем распоряжении только один традиционный метод контрацепции (абстиненция) и два современных метода (презервативы и мужская стерилизация). Только один из этих современных методов, стерилизация мужчин, соответствует определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «очень эффективный метод», основанному на общих результатах использования. Другой современный вариант, основным пользователем которого признаются мужчины, мужской презерватив, считается «умеренно эффективным» на основе эффективности использования (хотя следует подчеркнуть, что презервативы обладают другими преимуществами, такими как защита пользователей от инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ) (WHO, 2020c). (Подробнее см. в разделе «Мужские противозачаточные средства» на странице 70.) Нехватка вариантов контрацепции, доступных мужчинам, заставляет женщин нести большую часть бремени контрацепции, которое может включать затраты, время на обращение за медицинскими услугами и побочные эффекты, даже несмотря на то, что социальные нормы гендерного неравенства оставляют многим женщинам мало возможностей для принятия решений в отношении контрацепции и секса. См. список методов, доступных женщинам, на странице 58.



© UNFPA/Fidel Évora

Тем не менее, не все исследования обнаруживают прямую или линейную корреляцию между уровнем доходов и непреднамеренной беременностью (Habib and others, 2017), указывая на то, что корреляция зависит от страны и что другие факторы, связанные с бедностью, такие как отсутствие образования, играют важную роль.

### ***Возраст и возможности для принятия решений***

Подростки с непреднамеренной беременностью часто становятся персонажами поучительных историй, иллюстрирующих опасности добрачного секса. Этот стереотип заставил многих людей и даже политиков предположить, что непреднамеренная беременность в



значительной степени или даже в первую очередь затрагивает молодых женщин и девочек. Но данные рисуют гораздо более сложную картину.

В недавнем исследовании беременных женщин, которые состояли в браке в шести странах Южной Азии — Афганистане, Бангладеш, Индии, на Мальдивах, в Непале и Пакистане, — 90 процентов женщин и девочек в возрасте от 15 до 19 лет классифицировали свою беременность как преднамеренную, больше, чем в любой другой возрастной группе, что, по-видимому, опровергает предположение о том, что в этой возрастной группе будет большое количество непреднамеренных беременностей. Однако после учета потенциальных отвлекающих факторов (таких как статус бедности и уровень образования) оказалось, что подростки сталкиваются с



наибольшей вероятностью непреднамеренной беременности (Sarder and others, 2021). Другое исследование, охватывающее 29 стран Африки к югу от Сахары, в которое были включены никогда не состоявшие в браке женщины, показало, что незамужние подростки чаще чем взрослые незамужние женщины сообщают о своей беременности как о непреднамеренной. Однако среди всех женщин и девочек, включая тех, кто состоял в браке или сожительстве (или был разведен или овдовел), в возрасте от 15 до 19 лет показатели нежелательной беременности были ниже, чем в других возрастных группах. С учетом всех возрастных групп и любого семейного положения в африканских странах именно *взрослые* женщины с большей вероятностью сталкивались с непреднамеренной беременностью, чем женщины в возрасте от 15 до 19 лет (Ameyaw and others, 2019).

Прийти к простым выводам сложно отчасти потому, что методологии исследования и качество данных значительно отличаются. Показатели непреднамеренной беременности среди женщин могут сильно различаться в зависимости от того, рассматриваются ли в исследованиях все женщины в одной группе или только те, кто сексуально активен (Finer and Zolna, 2016; Finer, 2010). Кроме того, от многих молодых женщин, особенно если они замужем, ожидают, согласно культурным нормам, рождения детей в качестве показателя фертильности, и поскольку многие молодые женщины действительно хотят детей, они могут дать то, что, по их мнению, является «правильным» ответом на вопрос DHS о том, планировали ли они свою первую беременность. Если бы статус намерения оценивался по-другому, например, если бы девочек спросили, предпочли бы они в момент беременности забеременеть или продолжить свое образование, частота непреднамеренной беременности среди подростков могла бы выглядеть иначе.

Другое объяснение противоречивых результатов в разных условиях исследования заключается в том, что разные возрастные группы сталкиваются с разной степенью уязвимости. Многие подростки в странах с низким и средним уровнем дохода сталкиваются с особенно острыми факторами

## **Многие подростки в странах с низким и средним уровнем дохода сталкиваются с особенно острыми факторами риска.**

риска (Neal and others, 2020). Известно, например, что они сталкиваются с проблемами в доступе к информации и услугам в области контрацепции (Smith, 2020; UN CRC, 2003), и их потребности в современных средствах контрацепции удовлетворяются на более низком уровне, чем у любой другой возрастной группы (Kantorová and others, 2021). Кроме того, исследования показывают, что индивидуальные, семейные и общественные факторы, включая низкий уровень образования, употребление психоактивных веществ/злоупотребление ими и насилие со стороны интимного партнера, делают некоторых девочек и подростков еще более уязвимыми к непреднамеренной беременности (Chung and others, 2018).

Признавая эти дополнительные факторы уязвимости, нормы в области прав человека предписывают государствам обеспечивать качественные медицинские услуги для подростков, которые уважают их права на частную жизнь и конфиденциальность на основе недискриминации (UN CRC, 2016). Эти услуги должны быть доступными, в том числе экономически, без обязательного разрешения родителей или опекунов в соответствии с законом, политикой или практикой. Но эти права не реализуются во многих частях мира, а это означает, что девочки-подростки и молодые женщины требуют особого внимания для сокращения числа непреднамеренных беременностей. Также стоит отметить, что подростки несут непропорционально большие

расходы в результате непреднамеренной беременности (подробную информацию см. в Главе 5).

Между тем, женщины в конце своей репродуктивной жизни также сталкиваются с непреднамеренной беременностью. Их риски часто заметно различаются и не обязательно связаны с препятствиями на пути к услугам в области контрацепции или недостаточными знаниями о сексе и контрацепции, но, скорее, с широко распространенными ошибочными представлениями об их снижающейся репродуктивной способности. Информации о фертильности в среднем и более позднем возрасте и менопаузе часто недостаточно (Pankoon and others, 2021; Im and others, 2010), и хотя плодовитость действительно снижается с возрастом женщины, многие женщины остаются фертильными в перименопаузе. Тем не менее, восприятие того, что они пережили этап фертильности или сексуальной активности, может препятствовать использованию эффективной контрацепции (Bakour and others, 2017; Wellings and others, 2013). Женщины могут путать нарушения менструального цикла в

перименопаузе с бесплодием, а медицинские работники могут быть незнакомы с потребностями сексуального здоровья в среднем возрасте (Taylor and James, 2012). Фактически, беременность у женщин старшего или среднего возраста может наступать в соотношениях, аналогичных соотношениям у молодых женщин (Chae and others, 2017; Baldwin and Jensen, 2013).

Последствия незапланированной беременности в этой возрастной группе также различны. Беременные женщины старшего возраста сталкиваются с более высоким риском осложнений и выкидыша (Frederiksen and others, 2018). Хотя вероятность того, что их собственное образование будет прервано беременностью, у них меньше, они сталкиваются с альтернативными издержками в виде временного приостановления трудовой деятельности, инвестиций в детей, которые у них, возможно, уже есть, ухода за другими членами семьи или внуками и сбережений для их собственной пенсии или ухода по старости.

## Проблема подходов, основанных только на воздержании

Воздержание от сексуальной активности многие считают «безотказным» методом контроля фертильности. Эта идея неверна в случае изнасилования или принудительного секса, которые могут быть широко распространены в некоторых местах и обстоятельствах, таких как гуманитарные кризисы (см. стр. 54). Но даже среди тех, кто не испытывает принуждения или насилия, воздержание может быть неэффективным, если оно не практикуется надежными способами. Респонденты DHS часто сообщают, например, об использовании периодического воздержания в качестве метода контрацепции, но около 40 процентов этих людей прекращают этот метод в течение 12 месяцев (Ali and others, 2012).

В более общем плане образование «только воздержание» часто пропагандируется как способ предотвращения сексуальных контактов среди неженатых молодых людей. Тем не менее, программы, пропагандирующие только воздержание, оказываются неэффективными в плане задержки начала половой жизни, сокращения частоты половых контактов или сокращения числа сексуальных партнеров. Напротив, программы, которые сочетают акцент на отсрочке сексуальной активности с содержанием об использовании презервативов или противозачаточных средств, являются эффективными (UNESCO and others, 2018).



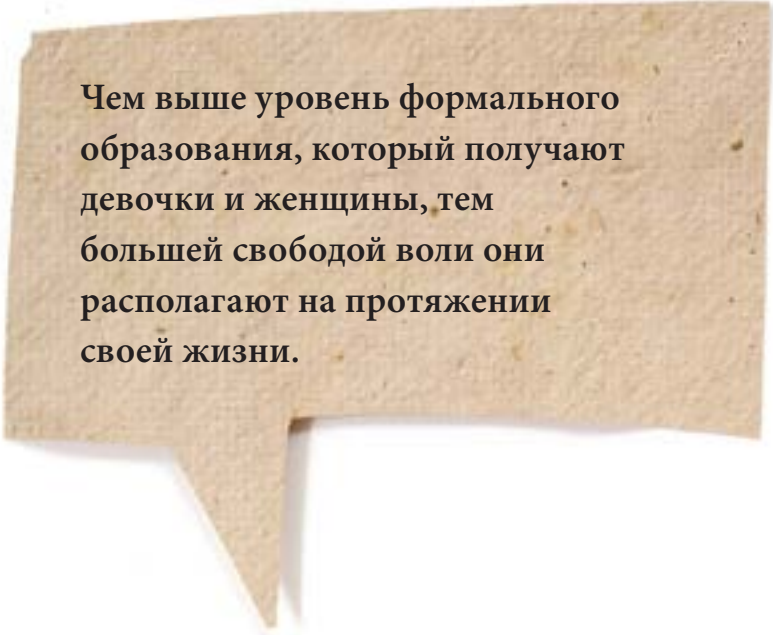
### **Образование как фактор, способствующий выбору и равенству**

В рамках Повестки дня на период до 2030 года образование и гендерное равенство признаны основными направлениями развития. Мы знаем, что чем выше степень формального образования, которую получают девочки и женщины, тем больше у них свободы действий на протяжении всей жизни. Они лучше подготовлены к тому, чтобы принимать решения о том, вступать ли в брак и когда, и если да, то когда и сколько детей заводить. Они также получают лучшую поддержку, когда делают этот выбор. Но не следует путать две эти вещи: хотя образование действительно дает девочкам знания об их теле и правах, оно не должно возлагать на них всю ответственность за предотвращение непреднамеренной беременности. Сообщества также несут ответственность, потому что, когда общество ценит формальное образование для девочек, подразумевается признание того, что девочки и женщины могут предложить больше, чем исключительно репродуктивность и материнство. Таким образом, уровень образования женщин можно рассматривать как отражение и вектор преодоления гендерного неравенства и стереотипов.

Многочисленные исследования показали, что женщины с более высоким уровнем образования подвержены меньшему риску непреднамеренной беременности по сравнению с женщинами, чей уровень образования ниже. Это подтверждается в исследованиях, проведенных в странах Африки к югу от Сахары, где у женщин с начальным и средним образованием вероятность непреднамеренной беременности была соответственно на 26 и 29 процентов ниже, чем у женщин без образования (Ameyaw and others, 2019). Это подтверждается и в странах с более высоким уровнем дохода, таких как Соединенное Королевство (Wellings and others, 2013) и Соединенные Штаты (Finer and Zolna, 2016).

Более высокий уровень образования среди партнеров-мужчин также связан с более низкими показателями непреднамеренной беременности (Seifu and others, 2020). То

есть у женщин меньше шансов забеременеть непреднамеренно, если уровень образования их мужей выше. Отчасти это может отражать тот факт, что женщины, вышедшие замуж за образованных мужчин, с большей вероятностью сами получают образование, но это также указывает на то, что с образованием мужчины все больше осознают преимущества планирования родов для благополучия семейной ячейки.



**Чем выше уровень формального образования, который получают девочки и женщины, тем большей свободой воли они располагают на протяжении своей жизни.**

### **Семейное положение не всегда является защитой от непреднамеренной беременности**

Исторически сложилось так, что опасения по поводу непреднамеренной беременности были связаны с семейным положением. Беременность вне брака долгое время считалась скандальной или бесчестной нормой, и эта идея до сих пор сохраняется во многих культурах и религиях. Хотя семейное положение не обеспечивает прямой защиты от непреднамеренной беременности, можно предположить, что стигматизация и негативные последствия непреднамеренной беременности вне брака



## Экстренная контрацепция (сущ.) –

форма контрацепции после полового акта, которая задерживает овуляцию и/или предотвращает оплодотворение, чтобы избежать беременности.  
Примечание по использованию:  
экстренная контрацепция не является abortивным средством.

оказывают сдерживающее воздействие. Тем не менее, анализ данных не показывает четкой связи между семейным положением и риском непреднамеренной беременности (Hall and others, 2016; Ikamari and others, 2013; Melian, 2013), при этом в некоторых исследованиях установлено, что незамужние женщины подвергаются более высокому риску, в то время как другие утверждают то же самое о женщинах, состоящих в браке (Ameyaw and others, 2019; Nyarko, 2019). Например, в исследовании 29 стран Африки к югу от Сахары *распространенность* непреднамеренной беременности среди незамужних женщин была в целом выше, чем среди женщин, вступивших в брак, но после учета некоторых факторов (таких, как возраст) *вероятность* непреднамеренной беременности у замужних женщин оказалась намного выше (Ameyaw and others, 2019).

Можно также предположить, что замужние женщины, чья непреднамеренная беременность, как правило, более социально приемлема, с меньшей вероятностью сделают аборт. Опять же, имеющиеся данные рисуют более детальную картину: согласно одному исследованию,

проведенному в 2016 году (Sedgh and others, 2016a), уровень абортов во всем мире был выше среди *замужних* женщин, хотя этот показатель значительно различался в разных регионах.

### **Размер семьи и намерения**

Во многих исследованиях женщины с большим количеством детей, по-видимому, более уязвимы к непреднамеренной беременности. Исследование женщин с ВИЧ в Уганде показало, что «большее число беременностей увеличивает вероятность непреднамеренной беременности» (Naruo and others, 2020). В шести странах Южной Азии в среднем 22,7 процента женщин, имеющих трех или более детей, пережили непреднамеренную беременность, по сравнению только с 5,5 процентами женщин, у которых не было детей (Sarder and others, 2021).

Существует множество возможных объяснений такого соответствия. Исследователи предположили, что у женщин с большим количеством детей может быть более непоследовательное использование контрацепции, недостаточное использование экстренной контрацепции, большой опыт побочных эффектов контрацепции, таких как чрезмерное кровотечение, или у них может быть больше опыта разрыва отношений с партнером или нехватки средств в доступных медицинских учреждениях. Другие объяснения связаны с предпочтениями женщин в отношении фертильности: поскольку предпочтения женщин в отношении фертильности, как правило, ниже среди женщин с более широкими правами — тех, кто более образован, кто имеет больше полномочий для принятия решений, кто лучше контролирует ресурсы домохозяйства (Atake and Ali, 2019), — может случиться так, что женщины с более низким уровнем полномочий, как правило, предпочитают большие семьи, а *также* меньше влияют на свою фертильность, что приводит к более высокому уровню непреднамеренной беременности.

Тем не менее, связь между размером семьи и намерением забеременеть далека от окончательной: ряд исследований показывает корреляцию, другие не находят ее (Naruo and others, 2020), а некоторые считают, что шанс



## Риски вне зависимости от гендерной идентичности: не только гетеросексуальная проблема

Маргинализация любого рода может негативно сказаться на возможностях людей, способных забеременеть. В то время как большинство полагает, что только женщины, состоящие в гетеросексуальных отношениях, подвергаются риску непреднамеренной беременности, исследования показывают, что эта уязвимость распространяется на сексуальные меньшинства, и риски, с которыми они сталкиваются, могут быть еще выше.

Исследователи обнаружили, что предположение о том, что женщины из числа сексуальных меньшинств, такие как лесбиянки и бисексуальные женщины, не подвергаются риску, на самом деле может способствовать их повышенной уязвимости (Everett and others, 2017). Эти женщины реже пользуются контрацепцией и имеют более низкий уровень доступа к услугам в области репродуктивного здоровья, чем гетеросексуальные женщины, а также сталкиваются с дополнительным социальным стрессом и стигматизацией.

Мета-анализ исследований, проведенных в нескольких странах, показал, что подростки-лесбиянки и бисексуалы подвергаются большему риску беременности, чем их гетеросексуальные сверстники (Hodson and others, 2016). В другом исследовании женщины-лесбиянки сообщили, что у них были сексуальные партнеры мужского пола, а бисексуальные женщины сообщили в среднем о большем количестве сексуальных партнеров мужского пола, чем гетеросексуальные женщины (Xu and others, 2010), что противоречит первоначальной идее, что частично объясняется социальным давлением, принуждением и значительно более высокими показателями сексуального насилия, которому подвергаются сексуальные меньшинства (Rothman and others, 2011). Исследователи сообщили, что среди беременностей, с которыми столкнулась выборка самоидентифицированных трансгендерных, небинарных и гендерно-отличных людей, около 54 процентов были непреднамеренными по сравнению с 48 процентами в целом (Moseson and others, 2021). Сексуальные меньшинства также могут столкнуться с особыми последствиями, связанными с этими непреднамеренными беременностями, включая дополнительную стигматизацию, дискриминацию и дисфорию, а также проблемы с поиском беспристрастных и квалифицированных медицинских работников (Everett and others, 2019; Müller and others, 2018).

непреднамеренной беременности фактически *уменьшается* по мере того, как у женщин появляется больше детей (Ameyaw and others, 2019; Nyarko, 2019).

Промежутки между родами также могут продемонстрировать свободу воли женщины. Непреднамеренная беременность (Ahrens and others, 2018; Hall and others, 2016; White and others, 2015) и насилие со стороны интимного партнера (Maxwell and others, 2018) связаны с сокращением интервалов между родами. Роды через небольшие промежутки времени связаны с неблагоприятными исходами для

матери, в также последствиями во время и после беременности для ребенка (WHO, 2007), что доказывает уязвимость женщин, не обладающих достаточной свободой воли в отношении своего тела и выбора.

### **Участие в составе рабочей силы поддерживает выбор**

Многочисленные исследования показали, что отсутствие оплачиваемой работы коррелирует с более высоким опытом непреднамеренной беременности. В Эфиопии вероятность непреднамеренной беременности у безработных

женщин в 6,8 раза выше, чем, например, у женщин-государственных служащих (Moges and others, 2020). А в странах Африки к югу от Сахары в целом у неработающих женщин уровень непреднамеренной беременности был намного выше, чем у женщин в четырех различных категориях занятости (управление, офисная работа, занятость в торговле и сельском хозяйстве) (Ameyaw and others, 2019).

Ключевым выводом является то, что участие в составе оплачиваемой рабочей силы оказывает расширяющее возможности влияние на обеспечение женщинами волеизъявления и телесной автономии. Женщины, располагающие финансовыми ресурсами, имеют больший доступ к противозачаточным средствам и могут позволить их себе, а также обладают большей властью в принятии решений при ведении домашнего хозяйства (Acharya and others, 2010). Таким образом, альтернативные издержки непреднамеренной беременности оказываются намного выше для женщин, получающих доход, что указывает на то, что оплата труда создает мощные стимулы для предотвращения непреднамеренной беременности (Ameyaw and others, 2019). Кроме того, считается, что расширение участия образованных женщин в рабочей силе является ключевым фактором развития, который взаимно поддерживает их выбор (см. Главу 2).

## Репродуктивное принуждение (сущ.) —

поведение, которое активно нарушает репродуктивную автономию женщины, включая саботаж доступа к противозачаточным средствам, кражу, принудительный аборт или предотвращение желаемого аборта; это форма насилия со стороны интимного партнера, однако принуждение также может быть совершено членами семьи или другими лицами.

## Разрыв между сельскими и городскими районами

Многие исследования показали, что у женщин в сельской местности вероятность непреднамеренной беременности выше, чем у женщин в городских районах, в некоторых случаях — более чем в два раза (Ameyaw and others, 2019). Самым простым объяснением этой разницы является тот факт, что у женщин в сельской местности ограничен доступ к современным средствам контрацепции, и это верно во многих обстоятельствах (вопрос, рассмотренный далее в Главе 4), но это не единственная причина. По многим показателям женщины, живущие в сельских сообществах, могут сталкиваться с большими препятствиями на пути расширения прав и возможностей и автономии в целом. Например, сельские женщины в странах Азии (Acharya and others, 2010), Латинской Америки (Chant, 2013) и Африки (Darteh and others, 2019) имеют более низкий уровень автономии при рассмотрении вопросов здравоохранения, а также принятии решений о домохозяйстве и использовании противозачаточных средств. Социальные и гендерные нормы в сельских районах также могут быть более консервативными и патриархальными. Интервью с сельскими женщинами в Демократической Республике Конго показали, что, например, социокультурные нормы и недостаток в общении между супругами препятствуют использованию контрацепции (Mbadu and others, 2017). Женщинам в сельских районах в развивающихся странах также чаще свойственны более низкий уровень образования и более высокий уровень бедности (Suttie, 2019; UN Women 2012), что, как мы наблюдали, коррелирует с более высокими показателями непреднамеренной беременности.

## Когда нет возможности выбора

В то время как вышеперечисленные факторы играют решающую роль в поддержке или подрыве телесной автономии женщин и девочек, мы также знаем, что многие женщины не обладают достаточными полномочиями для принятия решений или вообще не обладают ими, когда речь заходит о беременности или



предшествующей ей сексуальной активности. Телесная автономия этих женщин и девочек — и лиц с отличной гендерной идентичностью — критически нарушается или отрицается в результате насилия, принуждения или обстоятельств, полностью не зависящих от них.

### **Насилие и принуждение**

Насилие, особенно сексуальное насилие, является явным и признанным нарушением прав человека и тесно связано с непреднамеренной беременностью (Miller and others, 2010). В результате человек, который переживает насильственный, нежелательный или иным образом происходящий не по обоюдному согласию половой акт, может забеременеть. Но различные формы насилия также накладывают отпечаток на способность

пережившего насилие принимать решения в более широком смысле, влияя на возможность человека осуществлять свои права множеством способов, таких как право говорить открыто, получать доступ к медицинским услугам (включая безопасный аборт) или получать и использовать контрацепцию.

Десятилетия исследований показали, что насилие со стороны интимного партнера и связанное с ним поведение, такое как репродуктивное принуждение, оказывают сильное влияние на сексуальное здоровье переживших насилие, включая использование контрацепции и распространенность непреднамеренной беременности (Skracic and others, 2021; Silverman and others, 2019; Raj and others, 2015; Miller and others, 2010a; Coker, 2007). Жертвы насилия с

### **Репродуктивный контроль**

Название «репродуктивный контроль» впервые было использовано в научной литературе в 2010 году, хотя такая практика имеет давнюю историю (Miller and others, 2010a). Термин разительно отличается от понятия «контроль над рождаемостью», которое является синонимом к словосочетанию «планирование семьи», и включает в себя широкий спектр форм поведения, таких как эмоциональный шантаж, словесные оскорбления, угрозы насилия и само насилие, которые мешают женщине осуществлять контроль над своим телом и фертильностью. Репродуктивный контроль может перерасти в «репродуктивное принуждение» (Paterno and others, 2021; Tarzia and Hegarty, 2021; Boyce and others, 2020; Grace and Anderson, 2018), при котором партнер или семья вмешиваются в репродуктивный выбор женщины, например, не позволяют женщине прервать беременность, если она этого хочет, или, наоборот, заставляют ее делать аборт без ее на то желания. Репродуктивное принуждение также включает саботаж использования средств контрацепции, такой как прокалывание презерватива, выбрасывание таблеток для приема внутрь, насильственное удаление пластырей, вагинальных колец или ВМС (Rowlands and Walker, 2019) и действие, при котором партнер-мужчина снимает презерватив во время секса несмотря на то, что согласие было дано только на половой акт с презервативом (Brodsky, 2017). Мало того, что женщины, которые подвергаются насилию со стороны интимного партнера, в два раза чаще, чем другие женщины, вступают в отношения с партнером-мужчиной, который отказывается использовать контрацепцию (Silverman and Raj, 2014), они также могут подвергнуться риску эскалации насилия, если попытаются договориться об использовании контрацепции (Thiel de Bocanegra and others, 2010).

# ПОСЛЕ ПОТЕРИ СВОБОДЫ ДЕЙСТВИЙ РОЖДАЕТСЯ НАДЕЖДА

**ФРИТАУН, Сьерра-Леоне** — «Я не была готова забеременеть, — говорит 18-летняя Мамусу представителю ЮНФПА во Фритауне, Сьерра-Леоне. — Но когда я начала встречаться с этим мужчиной, у меня не было никого, кто заботился бы о моем образовании, кого-то, кто мог бы помочь мне, когда мне нужны были вещи для школы... Он был тем, кто помогал мне».

Мамусу описывает отца своего ребенка как «парня», «мужа» и «мужчину, который оплодотворил меня» — признак того, что в их отношениях есть многое, но не равенство.

Во-первых, Мамусу была ребенком, едва достигшим подросткового возраста, когда она встретила его. Во-вторых, она отчаянно хотела остаться в школе, но бедность угрожала этой хрупкой надежде на лучшее будущее. «Нас просили купить ручки, книги, сделать все, задания, а у меня не было денег... Он сказал, что хочет, чтобы мы встречались, и поэтому я рассказала ему о своих проблемах».

Помощь была недолгой: «Когда я поняла, что беременна в 14 лет, я не была счастлива».

Она не одинока. Девочки в Сьерра-Леоне часто с трудом ориентируются

в лабиринте невозможных решений. В стране одни из самых высоких показателей подростковой беременности (UNFPA, n.d) и материнской смертности (UNFPA, n.d.a) в мире. Сексуальное насилие широко распространено (UNFPA Sierra Leone, n.d.), причем большая часть его направлена на детей и приводит к тяжелым последствиям. Наиболее уязвимые девочки часто подвергаются нападениям или предложениям со стороны мальчиков и мужчин старшего возраста, когда они решаются пойти за водой, продать товары или даже отправиться в школу. Если эти девушки действительно соглашаются вступить в сексуальные отношения — будь то романтические, в обмен на что-то, или и то, и другое сразу, — они часто находятся в невыгодной позиции или делают это в качестве стратегии выживания. Но если они беременеют, то слишком часто оказываются выброшенными из своих домов, брошенными на произвол судьбы.

«Девочки не беременеют потому, что хотят этого, — говорит Мангенда Камара, которая является соучредителем и руководителем 2YoungLives, проектом наставничества для беременных девочек. — Но крайняя нищета, а также насилие и многие уровни принуждения, включая секс за вознаграждение, ограничивают их возможности».



Мамусу поняла, что беременна своим первым ребенком, в возрасте 14 лет.  
© UNFPA/Michael Duff



Девочки обладают небольшой самостоятельностью, но несут полную ответственность за эти ситуации, даже если беременность является результатом изнасилования. «Когда кого-то насилуют, и наступает беременность, возможности очень ограничены», — говорит Фатмата Сори, адвокат во Фритауне и председатель организации женщин-юристов «Легальный доступ для женщин, стремящихся к равенству, правам и социальной справедливости». — Структуры существуют не для того, чтобы помогать жертвам изнасилования, — продолжает она. — Например, в полицейских участках даже нет наборов для тестирования на изнасилование».

Девочек часто заставляют чувствовать ответственность за сексуальную активность, даже если она является результатом давления или принуждения, и они получают мало информации о своих правах или телах. До недавнего времени сексуальное образование было запрещено, и беременным девочкам не разрешалось возвращаться в школу. (Группа г-жи Сорти лоббировала закон, изменяющий эти правила, но реализация политики только началась.) По данным FP2030, более 86 процентов девочек в возрасте от 15 до 19 лет никогда не использовали противозачаточные средства, и 30 процентов из них родят ребенка к 19 годам. Между тем в Сьерра-Леоне аборт является уголовно наказуемым преступлением. Когда аборт все-таки оказывается единственным решением, сказала миссис Сорти, «его проводят в самых небезопасных и непрофессиональных условиях».

Эти факторы в совокупности часто приводят к летальному исходу. «Перед карантином мы провели опрос и обнаружили, что уровень материнской смертности среди девочек в возрасте до 18 лет [в Восточном Фритауне] составлял одну десятую», — говорит Люси Новембер, акушерка и исследователь из Королевского колледжа Лондона (November and Sandall, 2018). Ее исследование, проведенное вместе с г-жой Камарой, послужило толчком к созданию 2YoungLives.

Девочек, переживших беременность, часто отвергают и бросают. Так было и с Данкей, которой сейчас 18 лет. Ей тоже сделал предложение мужчина постарше, который помог ей выжить: «Когда я приняла его предложения, именно он помогал мне понемногу. Но когда я забеременела от него, он отказался от ответственности и начал избегать меня. Поэтому моя тетя отослала меня, сказав, что это позор — забеременеть без мужчины, претендующего на право собственности». Она жила у подруги, но часто голодала и спала на холодном полу на крыльце.

«Общество, школы, больницы — все участвуют в стигматизации», — объясняет г-жа Камара. Иногда, «если им некому помочь, например, наставляя или давая советы, они в конечном итоге либо теряют ребенка, либо и его, и свою жизнь».

Но это также ситуация, когда небольшая поддержка имеет большое значение, сказала она. Наставничество, социальная поддержка, помощь по уходу за детьми, фактическая информация, доброта — все это меняет мир к лучшему. Через 2 года Мамусу открыла свой собственный небольшой бизнес и показала себя



Данкей, 18 лет, рассказывает, что забеременев, она сделала все возможное, чтобы заставить отца своего ребенка признать его роль в произошедшем; он отказался. ©UNFPAMichael Duff

отличной ученицей. Она стремится максимально использовать то, что у нее есть, не только для себя и своего ребенка, но и для своего сообщества. «После того, как я сдам экзамены и закончу колледж, я хочу стать медсестрой», — говорит Мамусу. — Потому что, когда я посещаю больницу, я вижу, как медсестры заботятся о людях».

Данкей тоже получает помощь, чтобы сочетать учебу и материнство. Их стойкость и решимость создать лучшую жизнь для своих детей являются примерами, которым лицам, принимающим решения, стоило бы следовать. У них есть потенциал, который нужно прославлять, а не растрчивать впустую — и они это знают.

«Быть матерью в этом возрасте на самом деле нелегко, — говорит она, — но это позволит мне стать сильнее».

большой вероятностью будут вступать в отношения с полигамными партнерами, и с меньшей вероятностью их партнер будет использовать презерватив (Silverman and Raj, 2014). В некоторых исследованиях женщины, подвергающиеся насилию со стороны интимного партнера, в два раза чаще сталкиваются с отказом от использования контрацепции со стороны партнера-мужчины и в два раза чаще сообщают о непреднамеренной беременности, чем женщины, которые не подвергаются насилию в отношениях (Silverman and Raj, 2014). Эти исследования включали такие разные страны, как Бангладеш (Silverman and others, 2007) и Новая Зеландия (Fanslow and others, 2008).

Те, кто подвергается насилию, также с большей вероятностью прибегнут к скрытому использованию контрацептивов (Silverman

and others, 2020; McCarragher and others, 2006); предполагается, что многие партнеры, проявляющие насилие, активно не одобряют или стремятся нарушить репродуктивную автономию своих жертв. В одном мета-анализе были рассмотрены семь исследований, в которых приняли участие почти 15 000 участников из пяти стран (Maxwell and others, 2015); удалось установить, что в целом «вероятность того, что женщины, которые подверглись [насилию со стороны интимного партнера], использовали контрацептивы, была на 53 процента ниже, чем у женщин, которые не подвергались [насилию со стороны интимного партнера]». Другое исследование, посвященное замужним женщинам в Нигерии, показало, что женщины, подвергшиеся насилию со стороны интимного партнера, в 1,28 раза чаще прекращали прием контрацепции, чем те, кто не подвергался насилию (Kupoluyi, 2020).

## Законы и стандарты против жизненного опыта

Существует множество законов и документов в области прав человека, которые в совокупности представляют собой почти всеобщее согласие с тем, что сексуальное насилие и насилие со стороны интимного партнера являются нарушениями прав человека. Право быть свободным от сексуального насилия и насилия со стороны интимного партнера четко формулировалось на протяжении десятилетий, в частности Комитетом ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДОЖ) и Комитетом ООН по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКО ООН) (UN CESCR, 2016; UN CEDAW, 2017). Отчасти из-за признания того, что беременность нередко является результатом силы и принуждения, аборт является законным в подавляющем большинстве стран (Allotey and others, 2021) и считается многими международными договорными органами по правам человека правом человека, как закреплено в региональных договорах по правам человека (Fine and others, 2017).

Обязанность правительств проявлять должную осмотрительность в предотвращении, расследовании, судебном преследовании и наказании за акты насилия также четко закреплена в международных и региональных документах о правах человека и национальном законодательстве (UN CEDAW, 2017). Кроме того, принудительная или «обязательная» беременность при определенных обстоятельствах считается преступлением против человечности и военным преступлением (UN General Assembly, 1998; ICRC, 1977). Тем не менее, несмотря на подавляющее одобрение этих правовых норм и инструментов во всем мире, сексуальное насилие и принуждение по-прежнему широко распространены, а преступники продолжают пользоваться безнаказанностью.



Формы насилия, отличные от сексуального насилия, также наносят серьезный ущерб репродуктивным возможностям женщин и девочек. Исследование, проведенное в Соединенных Штатах в 1999 году, показало, что непреднамеренная беременность сильно коррелирует с фактом психологического или физического насилия в семье, которому женщина подвергалась в детстве. Это убедительная демонстрация долгосрочных последствий отсутствия возможностей делать выбор, которая указывает на то, что психологическое воздействие может серьезно влиять на количество случаев непреднамеренной беременности (Dietz and others, 1999).

Как часто сексуальное насилие и принудительный секс приводят к беременности? Слишком часто, как показывают данные. В обследованиях, проведенных на Гаити, в Малави, Нигерии, Замбии и Уганде, изучалась частота наступления беременности в результате принудительного секса среди девочек и молодых женщин в возрасте 13–21 года. Из числа опрошенных от 10,4% до 18% подвергались сексуальному насилию либо со стороны нынешнего или бывшего интимного партнера, либо со стороны члена семьи, знакомого или незнакомца (Statmatakis and others, 2020). Среди девочек-подростков, подвергшихся изнасилованию, процентная доля тех, кто сообщил о беременности в результате насилия, колебалась от 13,2 процента в Нигерии до 36,6 процента в Малави. В исследовании делается вывод о том, что в некоторых случаях более трети сообщивших о том, что они подверглись насилию, пережили беременность, связанную с их первым или последним опытом секса по принуждению или под давлением. Более ранние исследования рассматривают частоту беременностей, связанных с изнасилованием, и обнаруживают, что частота таких беременностей аналогична или превышает (Gottschall and Gottschall, 2003; Wilcox and others, 2001) частоту наступления беременности в результате добровольного согласия на секс.

Действительно, насилие по-прежнему широко принимается обществом. Хотя такое принятие как женщинами, так и мужчинами значительно снизилось за первое десятилетие XXI века

## Один обзор сексуального насилия среди беженцев и внутренне перемещенных лиц в 19 странах оценил распространённость сексуального насилия в 21,4 процента.

(Pierotti, 2013), темпы изменения отношения к насилию неравномерны, и исследования показали, что в некоторых местах высокий процент женщин все еще считает, что насилие оправдано, если женщина отказывается от секса (World Bank, 2021).

Но насилие — не единственный способ, с помощью которого тем, кто переживает незапланированную беременность, отказывают в телесной автономии и принятии решений о беременности. Принуждение — применение силы, угроз, давления и/или запугивания, а также отсутствие согласия — может происходить и происходит без насилия, критически подрывая способность человека осуществлять намерение и выбор. Женщины могут уступить принятию решений по вопросам секса и беременности своему партнеру из-за страха насилия или потому, что насилие является социально приемлемым или ожидаемым.

Когда беременность является результатом изнасилования или сексуального принуждения, вред и нарушения прав умножаются. Сексуальное насилие или принуждение само по себе является нарушением прав человека, и, кроме того, акт принуждения кого-либо забеременеть и акт принуждения кого-либо

# КОГДА ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА НЕ СПРАВЛЯЮТСЯ

UNFPA — Контрацептивы изменили историю: на протяжении десятилетий современные методы укрепляли свободу действий женщин в отношении их репродуктивной жизни и помогли странам достигать своих целей в области развития. Но они не всегда срабатывают.

После того как Мукул в Индии в возрасте 24 лет столкнулась с опасными для жизни осложнениями при родах, она решила использовать ВМС. И все же менее чем через год она была потрясена, обнаружив, что снова беременна — и с момента зачатия прошло уже пять месяцев, слишком поздно, чтобы думать об аборте. Она родила вторую дочь. «Мы были рады второму ребенку и продолжали воспитывать обоих, — говорит Мукул. — Все получилось удачно, ее полюбили все члены моей семьи и друзья».

У Мукул не было причин думать, что она забеременеет. Внутриматочная спираль, метод длительного действия, считается одной из наиболее надежных форм контрацепции. Однако ни одно противозачаточное средство не дает стопроцентный результат — ни оральные контрацептивы, ни имплантаты, ни инъекционные препараты, ни даже вазэктомия. При

последовательном и правильном использовании вероятность, что эти методы не сработают, ниже одного процентного пункта, а иногда и намного ниже, но они действительно могут не дать эффекта. В Соединенном Королевстве, например, каждый четвертый аборт объясняется неэффективностью гормональной контрацепции (BBC, 2017), и эта

**«Я поняла, что контрацептив не сработал, когда получила положительный результат теста через шесть месяцев. Я была в шоке и думала: “Что случилось?”»**

цифра почти удваивается, когда к ней добавляются другие методы, включая презервативы, диафрагмы и абстиненцию.

Несколько лет спустя, все еще используя контрацепцию, Мукул снова забеременела. Она была уверена, что не хочет еще одного ребенка, хотя ее отец настаивал на том, чтобы она родила мальчика. (Несмотря на собственные успехи Мукул — она выдающийся ученый — ее семья по-прежнему отдавала предпочтение мальчикам.) «Я решила сделать аборт, чтобы

выполнить свои обязанности перед двумя дочерьми, которым уделяла бы меньше внимания с рождением третьего ребенка, — говорит она. — Я ни о чем не жалею».

У Далилы\*, проживающей в сельской местности Сальвадора, был очень похожий опыт. Вскоре после ее свадьбы консультант по планированию семьи нанес визит ей и ее новому мужу. Но она воздержалась от использования контрацепции. «Я хотела иметь ребенка, — объясняет Далила. — Потом появилась моя дочь, и я была счастлива».

Как и Мукул, она начала пользоваться контрацепцией после рождения своего первого ребенка. И так же, как и Мукул, узнала, что беременна второй раз слишком поздно. «Я поняла, что контрацептив не сработал, когда получила положительный результат теста через шесть месяцев. Я был в шоке и думала: «Что случилось?»»

Эти истории не удивляют д-ра Айсе Акин, турецкого врача, чья карьера в области репродуктивного и общественного здравоохранения насчитывает полвека. Она была свидетельницей многих внезапных беременностей, как у пациенток





Ни одно противозачаточное средство не защищает на 100%.

©Shutterstock

с ВМС, так и у тех, кто использовал другие методы. «Иногда люди не осознают, что беременны, до гораздо более позднего срока, потому что они этого не ожидают», — объясняет она.

Но несрабатывание средства не влияет на всех женщин одинаково — или хотя бы с одинаковой частотой. Исследование 2019 года показало, что у самых молодых пользователей контрацептивов частота случаев, когда определенные методы не срабатывали, была в 10 раз выше, чем у взрослых женщин (Bradley and others, 2019). Существует множество возможных объяснений: молодые женщины могут быть более плодовитыми, более сексуально активными, иметь меньше опыта использования противозачаточных средств или худший доступ к качественным консультациям по вопросам контрацепции. У беднейших женщин также наблюдался

значительно более высокий процент неэффективности контрацепции. Эти результаты показывают, что те, кто наименее способен справиться с нежелательной беременностью — самые молодые и бедные, — с большей вероятностью забеременеют, даже если делают все возможное, чтобы предотвратить беременность.

Последствия могут быть ужасными, объясняет д-р Акин. Она помогла многим пациентам, попавшим к ней после тайного и небезопасного аборта. Они поступали с кровотечением, анемией или сепсисом; у многих были длительные осложнения или они не выживали. «Это было ужасно», — говорит она. Через месяц из четырех женщин, поступивших после небезопасных абортов, «трое умерли. Только одну удалось спасти». Ситуация улучшилась после 1983 года, когда аборты были легализованы, но даже

**«Иногда люди не осознают, что беременны, до гораздо более позднего срока, потому что они этого не ожидают».**

сейчас, по ее словам, безопасные аборты недоступны во многих больницах, и у многих врачей нет времени или желания предоставлять консультации по вопросам контрацепции.

Далила и Мукул продолжали полагаться на контрацепцию даже после того, как средства оказались неэффективны. Муж Мукул перенес вазэктомию, чтобы сохранить их семью в желаемом размере. Далила, которая говорит, что неожиданная вторая беременность «наполнила ее радостью», также решила, что в ее семье достаточно двоих детей.

Сейчас дочери Далилы — подростки, и она советует им найти партнеров, которые поддерживают их и их амбиции, а также подумать о планировании семьи. Она твердо уверена, что каждая из ее девочек будет сама распоряжаться своим будущим: «Никто не будет требовать, чтобы она произвела на свет ребенка, если она не чувствует себя готовой стать матерью».

*\* Имя изменено в целях конфиденциальности и защиты*



© UNFPA/Fidel Évora

либо оставаться беременным, либо сделать аборт против их воли (формы репродуктивного принуждения) являются признанными формами насилия и нарушениями прав человека (Grace and Anderson, 2018; Miller and Silverman, 2010).

### ***Гуманитарные кризисы лишают свободы действий на всех уровнях***

Гуманитарные кризисы, включая стихийные бедствия, а также стихийные бедствия, вызванные деятельностью человека, такие как вооруженные конфликты, также лишают

женщин и девочек права активно проявлять физическую самостоятельность. Люди, оказавшиеся в таких чрезвычайных ситуациях, часто теряют доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая противозачаточные средства, даже если они все чаще подвергаются сексуальному насилию (Heidari and others, 2019). Широко признан тот факт, что риск изнасилования возрастает в чрезвычайных ситуациях по мере выхода из строя механизмов защиты. Фактические цифры трудно определить из-за занижения данных; однако, согласно одному обзору сексуального насилия среди беженцев и внутренне перемещенных лиц, распространенность сексуального насилия составила 21,4 процента на основе 19 отобранных исследований (Vu and others, 2014).

Сексуальное насилие также используется в качестве оружия войны. Исследования показывают, что подобное происходит не во всех конфликтах, но слишком часто (примеры включают боснийскую войну в 1990-х годах, нападения на езидских женщин со стороны Исламского государства Ирака и Леванта в последнее десятилетие и насилие, совершенное Бoko Харам на севере Нигерии [Oladeji and others, 2021]). В последнем докладе Генерального секретаря Организации Объединенных Наций о сексуальном насилии, связанном с конфликтом, освещаются продолжающиеся случаи изнасилований в ситуациях вооруженного конфликта в Афганистане, Центральноафриканской Республике, Колумбии, Демократической Республике Конго, Ираке, Ливии, Мали, Мьянме, Сомали, Южном Судане, Судане, Сирийской Арабской Республике и Йемене (United Nations, 2020).

Гуманитарные программы должны как защищать людей, находящихся в группе риска (включая мальчиков и мужчин), так и удовлетворять потребности в области сексуального и репродуктивного здоровья лиц, переживших насилие, включая клиническое лечение изнасилований и экстренную контрацепцию (Austin and others, 2008). Пересмотренное Межучрежденческое полевое руководство по охране репродуктивного здоровья в условиях гуманитарного кризиса



подчеркивает это, включая профилактику и лечение нежелательной беременности и прямое включение услуг по безопасному аборту в минимальный первоначальный пакет услуг по охране репродуктивного здоровья и гендерному насилию (Heidari and others, 2019; Foster and others, 2017).

### **Несрабатывание метода и непоследовательное/неправильное использование**

Доступ к контрацептивам сам по себе не является панацеей, которая может предотвратить все непреднамеренные беременности. Даже при правильном и последовательном использовании каждый современный метод контрацепции может оказаться неэффективным. (Традиционные методы еще менее надежны.) Это означает, что непреднамеренной беременности нельзя избежать с помощью доступных в настоящее время методов.

Кроме того, как показывают данные Центров по контролю и профилактике заболеваний и ВОЗ, при рассмотрении методов контрацепции, используемых в реальных условиях, наблюдается еще большая частота случаев неэффективности средств: до 21 процента в случае женских презервативов (см. страницу 58 для получения дополнительной информации о показателях эффективности контрацепции).

Неэффективность метода и его использование в реальных условиях женщины во всем мире называют одной из главных причин непреднамеренной беременности. В Соединенном Королевстве, например, Британская консультативная служба по беременности, предоставляющая услуги по абортам, сообщила, что из примерно 60 000 женщин, которые сделали аборт в одном из центров в 2016 году, более половины использовали по крайней мере одну форму контрацепции.

## **ЮНФПА и непреднамеренная беременность**

ЮНФПА работает в более чем 120 странах и территориях в целях предотвращения нежелательной беременности и обращения к небезопасным абортам, поддерживая доступ и спрос на комплексные услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья на основе подхода на протяжении всей жизни, признавая, что у людей могут быть разные и меняющиеся потребности на протяжении всей их жизни и на разных этапах их сексуальной и репродуктивной жизни.

Стратегический план ЮНФПА на 2022–2025 годы определяет приверженность организации расширению предоставления высококачественной всеобъемлющей информации и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья в рамках планов всеобщего охвата услугами здравоохранения.

По просьбе соответствующих правительств, в полном соответствии с законодательством каждой страны, в соответствии с рекомендациями ВОЗ и пунктом 8.25 Программы действий МКНР, ЮНФПА оказывает поддержку правительствам, другим партнерам-исполнителям и заинтересованным сторонам в их усилиях по обеспечению доступа, в частности, к: всестороннему сексуальному образованию молодежи в школе и вне школы; качественным услугам и товарам для контрацепции, в том числе для подростков; и уходу после аборта для всех; а также услугам по предотвращению гендерного насилия и вредных видов практики, таких как детские браки, и реагированию на них.

Более 120 стран

Главный исполнительный директор службы заявил Би-би-си: «Наши данные показывают, что женщины не могут контролировать свою фертильность только с помощью контрацепции, даже если они используют некоторые из наиболее эффективных методов» (BBC, 2017).

Одно исследование показывает, что на беременность среди пользователей контрацептивов приходится почти половина всех непреднамеренных беременностей, причем 9 из 10 этих беременностей связаны с непоследовательным или неправильным использованием, а одна из десяти — с неэффективностью метода при оптимальном использовании (Frost and Darroch, 2008)

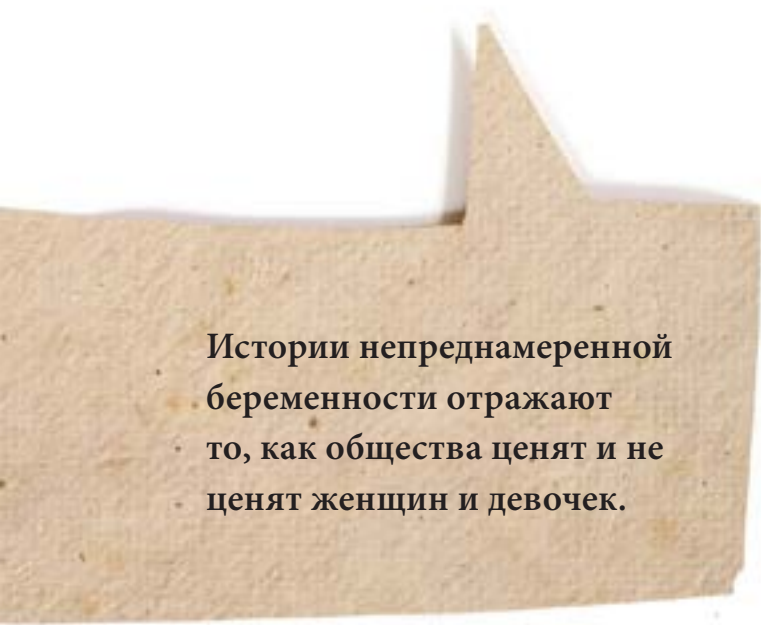
### *Другие формы маргинализации*

Дополнительные и дополняющие друг друга формы маргинализации еще больше подрывают возможности человека и повышают уязвимость к непреднамеренной беременности. Работники секс-индустрии, например, сталкиваются с юридическими и социальными препятствиями для использования контрацептивов, что приводит к большому числу непреднамеренных

беременностей (Faini and others, 2020; Ampt and others, 2018). Лица с инвалидностью подвергаются крайнему риску сексуального насилия — женщины с ограниченными возможностями в 10 раз чаще подвергаются сексуальному насилию, чем женщины без инвалидности, — а также могут быть подвергнуты принудительному аборту в случае наступления беременности (UNFPA, 2018). Расовое и этническое неравенство и другие различия усугубляют уязвимость человека к непреднамеренной беременности. Все эти факторы требуют более глубокого изучения, чем то, которое предложено в докладе.

### **Обращение к данным означает отказ от вины**

Несмотря на зачастую неправильное представление (как, например, результат мимолетного момента страсти или инцеста), непреднамеренная беременность представляет собой сложную проблему, не поддающуюся простым объяснениям. Как подчеркивается в Главе 2 и здесь, вопрос отражает более широкий набор политических, экономических, социокультурных и технологических факторов, влияющих на девочек, женщин и других лиц, которые могут забеременеть, на всех уровнях. Существуют веские основания для применения целостного подхода к сокращению случаев непреднамеренной беременности, который отходит от морализаторских взглядов, осуждающих тех, кто оказался затронут этой проблемой. Стигматизация непреднамеренной беременности среди подростков и незамужних женщин означает, что они часто сталкиваются с препятствиями в доступе к средствам контрацепции. Среди замужних женщин широко распространено ожидание того, что они должны рожать детей, означает, что их опыт непреднамеренной беременности часто не признается и недооценивается. Стигматизация также может повлиять на женщин, которые в противном случае чувствовали бы себя счастливыми из-за своей беременности или которым нужно пространство, чтобы преодолеть собственное двойственное отношение к беременности.



**Истории непреднамеренной беременности отражают то, как общества ценят и не ценят женщин и девочек.**



В конечном счете история непреднамеренной беременности отражает то, как общество ценит и не ценит женщин и девочек. Не предоставляя женщинам и девочкам достаточных возможностей для выбора относительно беременности, общество подразумевает, что материнство — это скорее

неизбежность, чем стремление. Напротив, когда общество предоставляет женщинам и девочкам возможность сделать осознанный выбор относительно продолжения рода, они признают присущую женщинам человеческую ценность, касающуюся материнства, но не ограниченную им.





## Эффективность, побочные эффекты и преимущества контрацепции

Современные методы контрацепции могут быть чрезвычайно эффективными в предотвращении непреднамеренной беременности, но пользователи могут счесть метод неподходящим по медицинским, социально-экономическим или связанным с поставками причинам. Приведенная ниже информация взята из последних руководящих принципов ВОЗ (WHO, 2020c; WHO, 2018). Ее не следует использовать для медицинских консультаций или лечения; вместо этого медицинские работники должны ссылаться на первоисточники.

Тип контрацепции	Продолжительность или время использования	Беременностей на 100 женщин в год при последовательном и правильном использовании	Беременностей на 100 женщин в год при обычном использовании	Потенциальные побочные эффекты, неполный список	Потенциальная польза для здоровья, неполный список
<b>ВНУТРИМАТОЧНЫЕ МЕТОДЫ</b>					
Внутриматочная спираль с левоноргестрелом (внутриматочная спираль LNG)	3–7 лет (в зависимости от типа)	0,2–0,8	0,2–0,8	Кровотечение, акне, головные боли, болезненность или боль в груди, тошнота, увеличение веса, головокружение, изменения настроения, кисты яичников	Может защитить от анемии, рака эндометрия и шейки матки, может уменьшить судороги, кровотечение и симптомы эндометриоза
Внутриматочная спираль на основе меди (ВМС)	До 10–12 лет (следуйте национальным рекомендациям)	0,6	0,8	Кровотечение, а также спазмы во время менструации, особенно в течение первых 3–6 месяцев	Может защитить от рака эндометрия и матки
<b>ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ</b>					
Имплантаты	3–5 лет (в зависимости от типа)	0,1	0,1	Кровотечение, головные боли, боли в животе, акне (может ухудшаться или улучшаться), увеличение веса, болезненность груди, головокружение, изменение настроения, тошнота, редкие осложнения	Может защитить от симптоматических воспалительных заболеваний органов малого таза, анемии
Противозачаточные инъекции с прогестином (возможные варианты: DMPA, DMPA-SC или NET-EN)	Каждые 2 или 3 месяца (в зависимости от типа)	0,2	4	Кровотечение, увеличение веса, головные боли, головокружение, дискомфорт в животе, изменения настроения, снижение полового влечения, потеря плотности костной ткани	Может защитить от рака эндометрия, миомы, симптомов воспалительных заболеваний органов малого таза и других (DMPA), а также защищает от анемии (DMPA и NET-EN)
Ежемесячные инъекции или комбинированные инъекционные контрацептивы	Ежемесячно	0,05	3	Кровотечение, увеличение веса, головные боли, головокружение, болезненность груди	Данные ограничены, преимущества могут быть аналогичны преимуществам комбинированных оральных контрацептивов
Комбинированные оральные контрацептивы («таблетка»)	Ежедневный прием	0,3	7	Кровотечение, головные боли, головокружение, тошнота, увеличение веса, изменение настроения, болезненность груди и другие редкие и крайне редкие риски для здоровья	Может защитить от рака эндометрия и яичников и симптомов воспалительных заболеваний органов малого таза
Таблетки, содержащие только прогестин («мини-таблетка»)	Ежедневный прием	0,3	1–7 (в зависимости от кормления грудью)	Кровотечение, головные боли, головокружение, изменения настроения, болезненность груди, боль в животе, тошнота	Защищает от риска беременности, безопасен для кормящих женщин и их детей, поскольку не влияет на выработку молока
Патчи	Один раз в неделю в течение 3 недель	0,3	7	Раздражение кожи, кровотечение, головные боли, тошнота, рвота, болезненность и боль в груди, боль в животе, симптомы гриппа, вагинит	Данные ограничены, преимущества могут быть аналогичны преимуществам комбинированных оральных контрацептивов
Противозачаточное вагинальное кольцо — комбинированное — выделяет гормоны	Носите кольцо в течение 3 недель	0,3	7	Кровотечение, головные боли, вагинит, выделения	Данные ограничены, ожидается, что они будут аналогичны данным о комбинированных оральных контрацептивах
Противозачаточное вагинальное кольцо — выделяет прогестин	90 дней	1–2	1–2	Кровотечение, боли в животе, боли в груди	Не наблюдалось никаких изменений в выработке молока у кормящих женщин



Тип контрацепции	Продолжительность или время использования	Беременностей на 100 женщин в год при последовательном и правильном использовании	Беременностей на 100 женщин в год при обычном использовании	Потенциальные побочные эффекты, неполный список	Потенциальная польза для здоровья, неполный список
<b>БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ</b>					
Шеечный колпачок	Перед половым актом	9–26 (в зависимости от того, были ли уже роды у пользователя)	16–32 (в зависимости от того, были ли уже роды у пользователя)	Некоторые пользователи сообщают о раздражении, возможных поражениях влагалища	Может защитить от некоторых ИППП, а также от предрака шейки матки и рака
Диафрагма	Перед половым актом	16	17	Некоторые пользователи сообщают о раздражении, возможных поражениях влагалища	Может защитить от некоторых ИППП, а также от предрака шейки матки и рака
Мужские презервативы	Одноразовое использование	2	13	Крайне редко может возникнуть аллергическая реакция на латекс	Обеспечивает двойную защиту от беременности и ИППП (включая ВИЧ)
Женский презерватив	Одноразовое использование	5	21	Нет	Обеспечивает двойную защиту от беременности и ИППП (включая ВИЧ)
Спермициды	Перед половым актом	16	21	Некоторые пользователи сообщают о раздражении, возможных поражениях влагалища	Защищает от риска беременности
<b>МЕТОДЫ, ОСНОВАННЫЕ НА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ФЕРТИЛЬНОСТИ</b>					
Календарный метод (метод стандартных дней)	Ежемесячно; избегание полового акта в фертильные дни или использование барьерного метода в эти дни	5	12	Нет	Защищает от риска беременности
Методы, основанные на симптомах (двухдневный метод, метод овуляции, симптоматический метод)	Ежемесячно; избегание полового акта в фертильные дни или использование барьерного метода в эти дни	<1–4	2–23	Нет	Защищает от риска беременности
Метод лактационной аменореи (LAM)	До 6 месяцев после родов во время аменореи при полном грудном вскармливании	0,9 (за 6 месяцев)	2 (за 6 месяцев)	Нет	Поощряет модели грудного вскармливания, полезные для матери и ребенка
<b>ВОЗДЕРЖАНИЕ (АБСТИНЕНЦИЯ)</b>					
Абстиненция (прерывание полового акта)	Во время полового акта	4	20	Нет	
<b>ЭКСТРЕННАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ</b>					
Медная ВМС	Вставляется в течение 5 дней после незащищенного секса	Нет данных	Нет данных	Кровотечение, а также необычные и редкие риски и осложнения	Может защитить от рака эндометрия и шейки матки
Таблетки для экстренной контрацепции	В течение 5 дней после незащищенного секса	<1–2	Н/Д	Кровотечение, тошнота, боль в животе, усталость, головные боли, болезненность груди, головокружение, рвота	Защищает от риска беременности, НЕ вредит при текущей беременности
<b>ПОСТОЯННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ РОЖДАЕМОСТИ</b>					
Женская стерилизация (перевязка маточных труб)	Постоянный метод — начинает действовать немедленно	0,5	0,5	Могут возникать необычные или крайне редкие осложнения	Может защитить от воспалительных заболеваний органов малого таза и от рака яичников
Стерилизация мужчин (вазэктомия)	Постоянный метод, однако в течение первых 3 месяцев следует использовать другой метод	0,1	0,15	Могут возникать необычные или редкие осложнения	Может защитить партнера от риска беременности

**DMPA**, депо-ацетат медроксипрогестерона • **DMPA-SC**, подкожный депо-ацетат медроксипрогестерона  
**NET-EN**, норэтистерона энантат • **СИППП**, инфекции, передающиеся половым путем



## Свидетельства

В конце 2021 года на неофициальный вопросник было получено около 60 ответов из почти 30 стран. Для лучшего понимания ситуации здесь представлены отредактированные ответы или выдержки из ответов.

### Где вы узнали о репродукции и противозачаточных средствах?

Ответ	Респондент
В медицинской школе.	Индия, мужчина, 59 лет
Узнал в медицинской школе.	Бразилия, женщина, 46 лет
В молодежной организации.	Объединенная Республика Танзания, мужчина, 53 года
Я узнала о репродукции во время моего обучения по программе бакалавриата.	Нигерия, женщина, 37 лет
От медицинского работника.	Мали, мужчина, 43 года
Из проекта в моем сообществе.	Буркина-Фасо, женщина, 23 года
Благодаря моей матери и средствам массовой информации.	Алжир, женщина, 44 года
В организации, где я работаю.	Марокко, женщина, 24 года
Из официальных учебных программ и социальных сетей.	Иордания, женщина, 40 лет
После рождения моего первого ребенка, от гинеколога.	Украина, женщина, 39 лет
В школе, колледже, через телевидение, в Интернете.	Непал, женщина, 23 года

### Возникали ли у вас трудности с получением точной информации о сексуальном здоровье?

Ответ	Респондент
Подростки и молодежь часто сталкиваются с проблемами. Они получают неточную и вызывающую страх информацию.	Объединенная Республика Танзания, мужчина, 53 года
Моя подруга в старших классах проехала на автобусе 30 миль, чтобы добраться до библиотеки, где была книга по репродукции.	США, женщина, 70 лет
Многие люди верят в сказки.	Иордания, женщина, 44 года
Почти у каждого представителя молодежи, которого я знаю, возникают такие трудности, а также у неженатых людей всех возрастов.	Судан, женщина, 31 год
Большая часть этой информации доступна только в городских районах.	Уганда, мужчина, 35 лет
Люди не говорят о сексе открыто.	Таджикистан, женщина, 30 лет
Я познакомилась с женщиной с шестью детьми. Она не хотела больше детей, но не знала, что делать.	Лаосская Народно-Демократическая Республика, женщина, 58 лет
Людам вокруг меня дают ложную информацию, полную стереотипов. Люди, ответственные за информирование, недостаточно хорошо подготовлены.	Бенин, мужчина, 24 года
Да. Мои родители не говорили о таких вещах.	Перу, женщина, 53 года
Да, информации об этом было мало. Эта тема считается неуместной.	Украина, женщина, 39 лет



## Вы когда-либо сталкивались с мифами о контрацепции?

Ответ	Респондент
Мне говорили, что противозачаточные таблетки вызывают бесплодие.	США, женщина, 39 лет
Некоторые люди ошибочно полагают, что мочеиспускание после секса может предотвратить беременность.	Индия, мужчина, 59 лет
Даже врачи считают, что такие вещи, как ВМС, не подходят для нерожавших женщин.	Бразилия, женщина, 46 лет
Я слышала, что от контрацептивов люди толстеют.	Гана, женщина, возраст не указан
Я слышала, что контрацептивы неэффективны и могут перемещаться по всему телу.	Нигерия, женщина, 37 лет
Фармацевт сказал моей подруге, что она не может использовать экстренную контрацепцию, потому что кормит грудью. Поэтому у нее родился четвертый ребенок.	Испания, женщина, 40 лет
Люди верят, что препараты вызывают бесплодие, рак, что это идея навязывается другими.	Судан, женщина, 31 год
Нет. Я не замужем и не ищу подобную информацию. Для меня обсуждение этих тем – табу.	Марокко, женщина, 24 года
Нам сказали, что контрацепция вызывает бесплодие.	Буркина-Фасо, женщина, 43 года
Да. Презервативы следует использовать только для секса вне брака, таблетки вызывают бесплодие, ВМС вызывает кровотечения и т. д.	Алжир, женщина, 44 года
Врачи часто дезинформируют женщин.	Бразилия, мужчина, 75 лет
Тетя сказала мне, что разговор о противозачаточных средствах — это приглашение заняться сексом.	Мексика, женщина, 35 лет
Чрезмерное использование экстренной контрацепции может привести к бесплодию.	Непал, женщина, 23 года

## Использовали ли вы или ваши друзья когда-нибудь какой-нибудь несовременный метод контрацепции?

Ответ	Респондент
Нет, но многие пациенты используют абстиненцию.	Бразилия, женщина, 46 лет
Одна женщина сказала, что мылась после секса.	Уганда, женщина, 46 лет
Да, особый вид дыни.	Нигерия, женщина, 60 лет
Нет, но я слышала о традиционных методах, таких как травы.	Нигерия, женщина, 37 лет
Натуральный метод.	Буркина-Фасо, женщина, 50 лет

## Возникают ли трудности с доступом к контрацептивам?

Ответ	Респондент
У меня была медицинская страховка, которая не позволяла получить доступ к оральным контрацептивам.	США, женщина, 39 лет
Женщины в трущобах испытывали трудности во время изоляции из-за пандемии COVID-19. Это привело ко многим непреднамеренным беременностям и множеству абортов.	Индия, мужчина, 59 лет
Да, как врачу, мне трудно получить имплантаты и наборы для установки ВМС.	Бразилия, женщина, 46 лет
Да, в основном молодые люди. Их оскорбляют и обзывают	Нигерия, женщина, 60 лет
Да. Есть страх и отсутствие неприкосновенности частной жизни.	Тринидад и Тобаго, женщина, 65 лет
Часто контрацептивов не хватает.	Уганда, мужчина, 35 лет
Незамужние девушки боятся... из-за отсутствия неприкосновенности частной жизни. Врачи могли бы и не держать это в секрете.	Таджикистан, женщина, 30 лет
Нисколько.	Бенин, женщина, 27 лет
Нет.	Иордания, мужчина, 42 года
Несовершеннолетним не разрешается посещать кабинет врача без сопровождения взрослых.	Панама, женщина, 56 лет
Да! Когда мне было 21, врач ругал меня... Потом я пошла к другому врачу, который плохо поставил мне ВМС.	Мексика, женщина, 38 лет
Да, стыдно.	Перу, мужчина, 26 лет

## Вы когда-нибудь оказывали давление на партнера, убеждая не использовать контрацептивы?

Ответ	Респондент
Нет!	США, женщина, 39 лет
Нет, я никогда не оказывал такого давления на своего партнера.	Бенин, мужчина, 24 года
Нет.	Индия, мужчина, 59 лет
Да, я хочу иметь детей, но мой муж этого не хочет.	Судан, женщина, 37 лет
Нет.	Объединенная Республика Танзания, мужчина, 53 года
Нет.	Бразилия, женщина, 46 лет
Я была той в отношениях, кто настаивал на противозачаточных средствах.	Никарагуа, женщина, 50 лет
Нет.	Тринидад и Тобаго, женщина, 65 лет
Нет.	Таджикистан, женщина, 30 лет
Да.	Индия, женщина, 35 лет
Нет, все по взаимному согласию.	Перу, мужчина, 26 лет
Нет.	Украина, женщина, 39 лет



## Вы когда-нибудь испытывали нежелательные побочные эффекты от использования контрацептивов??

Ответ	Респондент
Набор веса, акне, тошноту, раздражительность, головные боли, диарею, спазмы в животе.	США, женщина, 39 лет
У меня было затуманенное зрение и перепады настроения. Никто не сказал мне заранее о побочных эффектах.	Иордания, женщина, 44 года
Да, сильное кровотечение и боль в животе в первые несколько месяцев.	Нигерия, женщина, 37 лет
Нет.	Индия, женщина, 62 года
Да, перепады настроения.	Судан, женщина, 31 год
Неприменимо.	Уганда, мужчина, 35 лет
У моей жены были судороги от использования ВМС.	Бразилия, мужчина, 75 лет
Да, из-за имплантата. Усталость и снижение либидо.	Мексика, женщина, 38 лет
Нет.	Панама, женщина, 56 лет
Набрала вес.	Украина, женщина, 39 лет
Нет.	Иордания, мужчина, 42 года

## Вы когда-нибудь занимались сексом без использования средств контрацепции, даже если не планировали ребенка?

Ответ	Респондент
Да, но мы с моим партнером использовали метод прерванного полового акта.	Иордания, женщина, 29 лет
Да.	Индия, женщина, 62 года
Да. Лично мне не нравится пользоваться презервативами, особенно когда я не знакома с маркой или типом, поэтому я занималась незащищенным сексом.	Страна не включена в список, женщина, 24 года
Да.	Объединенная Республика Танзания, мужчина, 53 года
Да. Из-за отсутствия доступа к контрацепции, плюс в некоторых случаях из-за давления моего партнера.	Судан, женщина, 31 год
Редко.	США, женщина, 30 лет
Да, из-за отсутствия доступа к средствам контрацепции.	Тринидад и Тобаго, женщина, 65 лет
Да.	Таджикистан, женщина, 30 лет
Нет, я всегда пользовалась презервативом вместе с другим методом, даже когда была замужем.	Бразилия, женщина, 65 лет

## Кто в вашем сообществе принимает решения о контрацепции? Обладают ли мужчины и женщины одинаковой властью принимать решения?

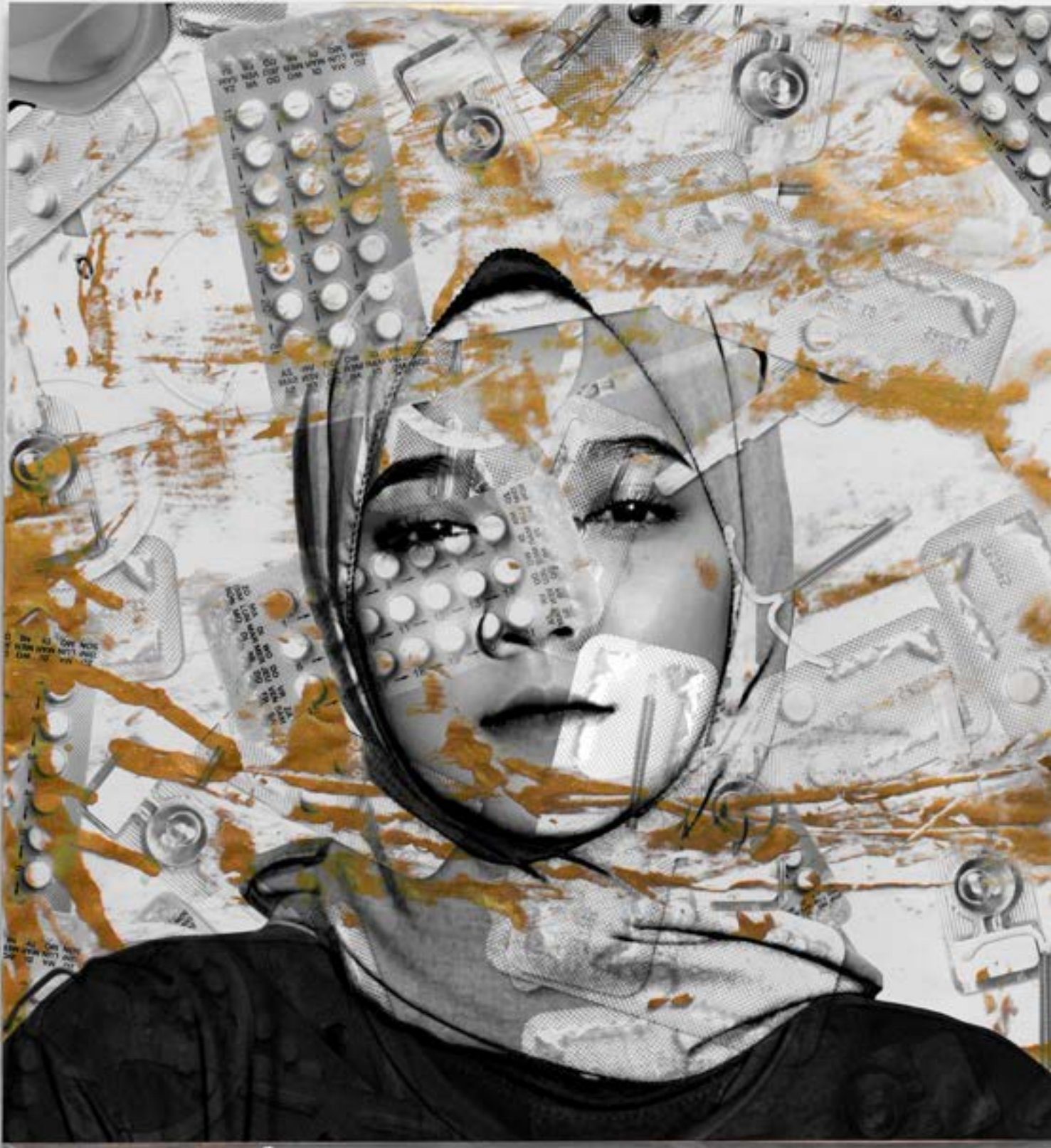
Ответ	Респондент
Обычно считается, что женщина обязана принимать оральные контрацептивы или контрацептивы длительного действия. Но за презервативы часто отвечает мужчина.	США, женщина, 39 лет
Мужчины и женщины обладают одинаковой властью, но семьи и сообщества тоже имеют право голоса.	Лаосская Народно-Демократическая Республика, женщина, 50 лет
Мужчины обладают большей властью в принятии решений. Женщинам иногда приходится действовать тайно/скрытно, чтобы получить услуги по контрацепции.	Индия, мужчина, 59 лет
Как правило, мужчины не одобряют использование презервативов, и многие не рекомендуют женщинам принимать противозачаточные средства.	Бразилия, женщина, 46 лет
У мужчин больше власти.	Объединенная Республика Танзания, мужчина, 53 года
Женщинам не разрешалось принимать решения.	Нигерия, женщина, 60 лет
Мужчины могут легко получить доступ к презервативам, но женщины лоят на себе осуждающие взгляды при их покупке. Для использования метода планирования семьи в клинике большинству женщин все еще требуется согласие их партнеров. И поскольку большинство женщин финансово зависит от партнеров, мужчины могут влиять на решения женщин.	Нигерия, женщина, 37 лет
Это патриархат. Мужчины доминируют в принятии решений.	Иордания, женщина, 44 года
Большинство мужчин не хотят, чтобы их жены пользовались контрацепцией. То же самое касается семей и сообществ.	Объединенная Республика Танзания, женщина, 51 год
Мужчины обладают абсолютной властью принимать решения. Это обычная практика для поставщиков услуг спрашивать согласие мужа.	Судан, женщина, 31 год
В большинстве случаев доступ к контрацепции определяется наличием, а не выбором.	Уганда, мужчина, 35 лет
Мой муж и свекровь часто вмешиваются в мой выбор.	Иордания, женщина, 29 лет
Даже когда женщины обращаются в больницу за контрацепцией, их должны сопровождать мужья.	Бенин, мужчина, 24 года
Многие мужчины считают, что контрацепция должна быть запрещена.	Марокко, женщина, 24 года
В моем сообществе женщины не используют противозачаточные средства... а мужчины даже не пытаются ими пользоваться. 30 лет назад отец моих детей заставил меня забеременеть.	Никарагуа, женщина, 50 лет
В некоторых парах мужчины заставляют женщин не пользоваться противозачаточными средствами; они утверждают, что это вызывает дискомфорт или не доставляет им удовольствия. Женщины уступают из страха или покорности.	Перу, женщина, 20 лет
На женщин оказывают давление, заставляя иметь детей, даже если они не хотят этого. Меня считают ненормальной из-за того, что я не хочу иметь детей.	Мексика, женщина, 38 лет



**Сталкивались ли вы или кто-либо из ваших близких с незапланированной беременностью? Если бы это произошло сейчас, как бы вы отреагировали?**

Ответ	Респондент
В настоящее время я беременна и беременность непреднамеренная. Я постоянно и правильно использовала презерватив со своим давним партнером, но он соскользнул. Мы не планировали заводить детей, но я решила оставить ребенка. К сожалению, это положило конец нашим отношениям, так что я стану матерью-одиночкой.	США, женщина, 39 лет
Да, моя сестра. Ей было 19 лет.	Бразилия, женщина, 46 лет
Не то чтобы они мне говорили... Я бы сделала медицинский аборт как можно скорее.	США, женщина, 30 лет
Мне было 18 лет, когда это случилось со мной. Моей подруге было около 35 лет, когда это случилось с ней.	Нигерия, женщина, 37 лет
Да, в 23 года моя подруга сделала хирургический аборт. Если бы это была я, то я бы выбрала безопасный аборт, даже если бы это означало, что мне придется уехать, чтобы получить услугу.	Страна неизвестна, женщина, 24 года
Нет. Что касается меня, то я бы сохранила ребенка и заботилась бы о нем.	Лаосская Народно-Демократическая Республика, женщина, 58 лет
Да, когда мне было 20-30 лет, все мои беременности были непреднамеренными.	Украина, женщина, 39 лет
Моя близкая подруга использовала мизопропростол, чтобы прервать беременность. Но аборт в Танзании запрещены, за исключением случаев сохранения жизни матери, поэтому в подобной ситуации я бы посоветовал ей смириться с ситуацией и избегать небезопасных абортов.	Объединенная Республика Танзания, мужчина, 53 года
Да. Одна родственница была довольно молода, когда вышла замуж, и на нее оказывали давление, чтобы она забеременела в течение первого года брака.	Иордания, женщина, 44 года
Да, девушке было всего 16 лет, и ребенок родился мертвым из-за недостаточного ухода.	Уганда, мужчина, 35 лет







## Выявление трудностей, связанных с выбором

Самый очевидный способ предотвратить непреднамеренную беременность, помимо воздержания от секса, который, как объяснялось выше (см. стр. 42), не является «надежным» методом, — это использование контрацепции; на данный момент разработаны безопасные и эффективные методы контрацепции широкого спектра. Хотя все формы контрацепции могут быть неэффективны, на такие сбои приходится сравнительно небольшая доля всех непреднамеренных беременностей. Проблемы, связанные с последовательным и правильным использованием, также играют важную роль. Но самой большой проблемой, безусловно, является неудовлетворенная потребность в контрацепции.

Во всем мире, по оценкам, 257 миллионов женщин, которые хотят избежать беременности, не используют безопасные современные методы контрацепции; из них 172 миллиона женщин вообще не используют никаких методов контрацепции (UN DESA, 2021). Показатель 3.7.1 ЦУР прямо призывает к удовлетворению этой потребности, признавая важность этой цели для международного развития.

Простое, хотя и слишком общее объяснение заключается в том, что беременность является очевидным следствием незащищенного полового акта, и что государственная политика может предложить мало средств правовой защиты для пар или отдельных лиц, которые не учитывают этот факт. Тем не менее, последние данные ЦУР показывают, что в 64 странах 8 процентов женщин не могут самостоятельно выбирать средства контрацепции, а 24 процента не могут принять решение о медицинском обслуживании — явные нарушения прав, требующие вмешательства государства и изменения норм. И миллионы других женщин сталкиваются с обстоятельствами, которые оказывают менее очевидное, но не менее реальное влияние на использование, неиспользование и неправильное использование контрацептивов. Более глубокое изучение этих факторов указывает на меры, которые политики могут предпринять для поддержки и защиты репродуктивной функции людей.

## Программы планирования семьи эффективны

В первую очередь важно подчеркнуть, что программы планирования семьи оказали огромное влияние на весь мир. Процент использования противозачаточных средств растет во всех регионах мира, а неудовлетворенные потребности сокращаются. В 2022 году 1,1 миллиарда из 1,9 миллиарда женщин репродуктивного возраста (определяемого как возраст от 15 до 49 лет) нуждаются в контрацепции, что означает наличие у них желания ограничить или отложить деторождение, и из них 858

миллион использовали современный метод контрацепции, а 85 миллионов использовали традиционный метод (United Nations, 2022).

Исследователи отметили изменения в причинах, по которым женщины отказываются от использования контрацептивов, даже если они хотят избежать беременности (Sedgh and others, 2016). Недостаток знаний о противозачаточных средствах был наиболее распространенной причиной неиспользования в 1980-х годах; в настоящее время это наименее распространенная причина, при этом большинство женщин указывают в качестве причин неиспользования побочные эффекты и нечастый секс. Доступ к противозачаточным средствам также улучшился с течением времени, и его реже упоминают в качестве причины неиспользования. Эти исследования показывают, что благодаря эффективным программам планирования семьи может быть и был достигнут прогресс, но они также указывают на пробелы, которые все еще необходимо преодолеть. Например, во многих местах, особенно в сельских районах, сохраняются ограничения доступа и нехватка знаний (Moreira and others, 2019).

Чтобы устранить эти пробелы, необходимо более внимательно изучить показатели и причины неиспользования. Отправной точкой должен быть вопрос о том, чего хочет женщина. Только тогда можно будет рассмотреть, способна ли она действовать в соответствии с этим желанием и реализовать его, и как на эту способность влияют программы, политика и нормы. В этой главе рассматриваются три всеобъемлющих вопроса, которые исследователи и политики должны задать при рассмотрении неудовлетворенной потребности в контрацепции. При опросе женщины, которая хочет предотвратить или отсрочить беременность: (а) хочет ли она использовать современную контрацепцию; (б) может ли она выбрать метод по своему выбору, особенно если и когда ее выбор изменится; и (в) как окружающая среда способствует или препятствует ее использованию контрацепции?



Хотя в этой главе основное внимание уделяется женщинам в странах с низким и средним уровнем дохода, где неудовлетворенные потребности наиболее высоки, многие из обсуждаемых вопросов также актуальны и распространены в странах с любым уровнем дохода и во всех регионах.

### **Хотят ли женщины использовать современную контрацепцию? Понимая потребности**

Каждый человек имеет право принимать обоснованное, добровольное решение о том, следует ли использовать тот или иной метод контрацепции. Этот шаг, разумеется, будет продиктован ее или его желанием избежать беременности, желанием, которое не обязательно является постоянным или ясным. Это желание, которое, вероятно, будет меняться со временем на разных этапах жизни человека, в зависимости от социальных норм, их семьи и их партнера или партнеров, а также их собственного опыта и тела.

### **Опасения по поводу безопасности и побочных эффектов**

Исследования последовательно показывают, что неиспользование или прекращение контрацепции чаще всего является результатом страха или переживания относительно побочных эффектов или проблем со здоровьем. Анализ данных DHS показывает, что 38 процентов женщин с неудовлетворенной потребностью в современной контрацепции использовали современный метод в прошлом, но решили прекратить его по другим причинам, не считая желание забеременеть (Castle and Askew, 2015). В среднем более трети женщин, которые начинают использовать современные методы контрацепции, прекращают их использование в течение первого года,

## **А как насчет потребностей мужчин?**

Следует отметить, что у мужчин могут быть и есть неудовлетворенные потребности в контрацепции. К сожалению, этот факт недостаточно отражен в существующих показателях. Неудовлетворенная потребность, как и большинство мер по охране репродуктивного здоровья, обычно определяется поведением женщин. Женщины считаются основными пользователями средств контрацепции, и имеющиеся данные, как правило, сосредоточены на женщинах. Тем не менее, для получения более полной картины требуется учитывать потребности и знания мужчин, обеспечивая при этом, чтобы репродуктивные права женщин не были нарушены. На самом деле, более комплексный подход к удовлетворению потребностей в противозачаточных средствах мог бы действительно улучшить права и благосостояние женщин, создав более благоприятные условия для всех людей для реализации и выражения предпочтений в отношении фертильности (см. раздел о мужских контрацептивах на странице 70; см. текстовое поле о согласованности для пар в Главе 2).

Кроме того, большинство методов контрацепции сосредоточены на женской биологии: барьерные методы, такие как диафрагмы, шеечные колпачки, губки и женские презервативы, а также гормональные методы, такие как инъекционные препараты, некоторые ВМС, оральная контрацепция и экстренная контрацепция. Оправданием такому подходу часто служит непропорциональное физическое бремя, которое беременность налагает на женщин, однако при этом возникает проблема прав человека и этики гендерного равенства.

**Оправдана ли непропорционально большая ответственность за контрацепцию, которую несут женщины?** Почему мужчины лишены выбора средств контрацепции по сравнению с женщинами? Обязаны ли правительства поддерживать развитие средств контрацепции для мужчин и тем самым уравнивать возможности и обязанности отдельных лиц и супружеских пар в реализации их намерений относительно беременности? Общества в значительной степени оставили решение за рынками (Costantino and others, 2007). Обязательство государств бороться с гендерными стереотипами (UN General Assembly, 1979) предполагает, что правительствам следует делать больше, поскольку одной только конкурентоспособности недостаточно.

# НОВЫЙ МУЖСКОЙ КОНТРАЦЕПТИВ: ПОЧЕМУ ТРЕБУЕТСЯ СТОЛЬКО ВРЕМЕНИ?

**ЮНФПА** — «Самое сложное в вопросе репродукции — решить, стоит ли и когда заводить детей, — говорит Логан Никелс, исследователь Инициативы в области мужской контрацепции (MCI) в США. — Как только это решение будет принято, каждому следует предоставить полный доступ к инструментам планирования семьи, чтобы гарантировать, что все смогут легко и эффективно придерживаться своего жизненного выбора».

В настоящее время на два метода, используемых мужчинами, презервативы и абстиненция, приходится около 26 процентов использования противозачаточных средств во всем мире. Но обычные мужские презервативы не действуют примерно в 13 процентах случаев, а отказ является одной из наименее эффективных форм контрацепции (WHO, 2018). С другой стороны, вазэктомия считается одним из наиболее эффективных методов (WHO, 2018), но менее 3 процентов пар используют ее для избежания

непреднамеренной беременности (Pile and Barone, 2009).

Существуют многообещающие возможности для новых мужских методов контрацепции: таблетки, кремы для местного применения, пластыри с микроиглами, биоразлагаемые инъекционные препараты и устройство, которое действует как вазэктомия, но с обратимым эффектом. Более 40 методов перечислены в базе данных методов контрацепции как находящиеся в стадии испытания или разработки (Calliope, n.d.). Так почему же до сих пор не существует более эффективных вариантов мужской контрацепции? «Я думаю, что в этом большую роль сыграла идея общества о том, что репродукция — удел женщин, так как именно женщины несут бремя беременности», — говорит Логан.

Культурные установки часто возлагают на женщин ответственность за контрацепцию. Это может помешать прогрессу. «Мужчин

часто считают второстепенными в этом уравнении, потому что распространено мнение, что у них есть все права, в которых они нуждаются, — говорит Логан. — Поэтому я думаю, что [разработка противозачаточных средств] была сосредоточена на обеспечении прав женщин и девочек, а не на вовлечении мужчин продуктивным и полезным способом».

Исследования показывают, что мужчины во многих странах интересуются мужскими методами контрацепции. В ходе опроса, проведенного в 2002 году среди 9000 мужчин в девяти странах, более 55 процентов респондентов заявили, что были бы готовы использовать новый продукт (Heinemann and others, 2005). В Соединенных Штатах исследование 2019 года, в котором приняли участие около 1500 мужчин, показало, что из тех, кто хотел предотвратить беременность, 60 процентов были готовы использовать новый мужской метод контрацепции (Friedman and others, 2019). Тем не менее, мировая фармацевтическая промышленность не продвинулась в этой области. «У них просто нет стимула, потому что их разработки [для женщин] эффективны и безопасны», — говорит Ребекка Каллахан, которая отвечает за разработку продуктов в некоммерческой организации FHI 360 в Соединенных Штатах, занимающейся здоровьем и благополучием.

## ПРЕЗЕРВАТИВЫ И АБСТИНЕНЦИЯ

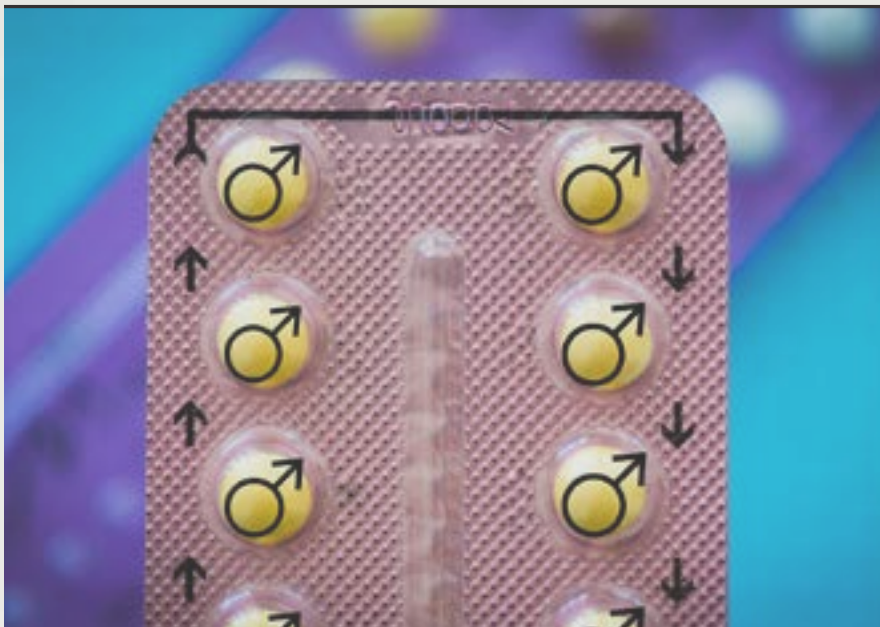
**Составляют 26 процентов использования противозачаточных средств во всем мире**

- » Частота случаев, когда мужские презервативы не срабатывают, составляет около 13 процентов
- » Абстиненция является одной из наименее эффективных форм контрацепции

## ВАЗЕКТОМИЯ

Считается одним из наиболее эффективных методов, однако менее **трех процентов пар выбирают его в качестве способа защиты**





Исследования показывают, что мужчины во многих странах интересуются мужскими методами контрацепции. Getty Images/Canopy

Новый мужской контрацептив должен быть, по крайней мере, таким же эффективным, как лучшие женские продукты на рынке, чтобы конкурировать с ними. Между тем, по словам Ребекки, пороги безопасности для нового контрацептива — мужского или женского — являются самыми высокими среди стандартов всех фармацевтических продуктов, «потому что он предназначен для молодых и здоровых людей, которые хотят избежать беременности». И эти стандарты еще выше для нового метода для мужчин, поскольку для женщин риски побочных эффектов контрацепции обычно взвешиваются в отношении потенциальных рисков беременности, которая, в конце концов, может привести к смерти.

В результате одного исследования было установлено, что еженедельные гормональные инъекции для мужчин показали очень успешные результаты в предотвращении беременности, как правило,

с минимальными побочными эффектами (Behre and others, 2016). Было зафиксировано несколько случаев акне, увеличения веса и перепадов настроения — таких проблем, с которыми женщины часто сталкиваются при использовании гормональной контрацепции. Но когда у одного мужчины развилась тяжелая депрессия, а другой попытался покончить с собой, исследование было прервано, хотя депрессия является известным риском среди женщин, принимающих гормональные контрацептивы (Skovlund and others, 2016).

Проблемы выходят за рамки фармацевтических исследований. Новые методы контрацепции требуют финансирования и обширных полевых испытаний, маркетинга и распространения. Без поддержки даже эффективные и желаемые методы не дадут нужного результата. Д-р Демет Гюрал наблюдала это в 1990-х годах, когда работала над проектом по внедрению

## БОЛЕЕ 55 ПРОЦЕНТОВ РЕСПОНДЕНТОВ ВЫРАЗИЛИ ГОТОВНОСТЬ ПОПРОБОВАТЬ НОВЫЙ ПРОДУКТ

вазэктомии без использования скальпеля в Турции. «Наш проект продемонстрировал, что мужчины согласятся на этот метод в мгновение ока», — говорит она. Из более чем 2000 вазэктомий, проведенных в течение трехлетнего периода в четырех турецких больницах, более 60 процентов потенциальных клиентов согласились на процедуру после первой же консультации. Но без долгосрочной поддержки со стороны донора, по ее словам, метод так и не удалось внедрить повсеместно. Вазэктомия остается редким явлением в стране (UN DESA, 2021a).

Однако любых усовершенствованных форм мужской контрацепции самих по себе будет недостаточно. Чтобы все люди могли делать ответственный репродуктивный выбор, им также потребуется точная информация о преимуществах и недостатках методов контрацепции, способность четко формулировать свои желания, когда речь заходит о репродукции, и здоровое уважение к потребностям и взглядам своего партнера.

В этой области тоже наблюдается определенный прогресс. Марта Брэди, эксперт в сфере глобального здравоохранения в области разработки противозачаточных средств, говорит, что она видела, как меняется отношение: «[Молодые мужчины] видят, что мир кардинально меняется. Нормы изменились повсюду, от США до Африки... Я думаю, что определенно найдутся молодые люди, которые захотят попробовать то, чего, возможно, не сделали бы 50-летние мужчины другой эпохи», — говорит она.

## Причины неиспользования противозачаточных средств

Анализ в публикации Института Гутмахера *Adding it Up* («Подсчитывая») показал, что 77 % непреднамеренных беременностей в странах с низким и средним уровнем дохода приходится на женщин, которые, несмотря на желание избежать беременности, не используют метод контрацепции или используют традиционный метод, то есть метод с более низкой эффективностью, такой как периодическое воздержание или абстиненция (Sully and others, 2020). Недавнее исследование, проведенное в 36 странах с низким и средним уровнем дохода, показало, что более 65 процентов женщин, столкнувшихся с непреднамеренной беременностью, либо не пользовались контрацепцией, либо использовали традиционные методы (Bellizzi and others, 2020). Исследователи, использующие данные DHS из 52 стран в период с 2005 по 2014 год, обнаружили, что доля замужних женщин с неудовлетворенной потребностью в методе контрацепции (современном или традиционном) варьировалась от 8 процентов в Колумбии до 38 процентов в Сан-Томе и Принсипи (Sedgh and others, 2016).

Наиболее распространенными причинами, по которым женщины не использовали контрацепцию, были: опасения относительно побочных эффектов контрацепции и рисков для здоровья (26 процентов); редкий секс или его отсутствие (24 процента); они или их близкие были против контрацепции (23 процента); или они кормили грудью и/или их менструальный цикл не восстановился после родов (20 процентов). Среди сексуально активных, никогда не состоявших в браке женщин, желающих избежать беременности, наиболее распространенными причинами отказа от использования средств контрацепции были также нечастый секс (49 процентов), тот факт, что они не состояли в браке (29 процентов) и опасения по поводу побочных эффектов контрацепции (19 процентов) (Sedgh and others, 2016).

Исследование, проведенное в 2019 году в 47 странах, показало, что в среднем 40,9 процента всех сексуально активных женщин не использовали никаких методов контрацепции, чтобы избежать беременности; в этом исследовании также наиболее распространенными причинами были проблемы со здоровьем и нечастый секс, но со значительными различиями в разных странах, группах населения и других социально-экономических факторах (Moreira and others, 2019). Например, неиспользование из-за «противодействия со стороны других» было выше среди замужних женщин, чем среди незамужних; распространенность неиспользования из-за «отсутствия доступа» или «недостатка знаний» была примерно в два раза выше в сельских районах, чем в городских районах; и женщины с меньшим уровнем образования чаще сообщали о неиспользовании из-за «отсутствия доступа».

Эти причины напрямую связаны с вопросами точности информации, способности принимать решения и воздействия на здоровье (часто формулируются как предложение, благоприятная среда и спрос, или «модель SEED»), области, в которых лидеры, политики, системы здравоохранения и другие оказывают значительное влияние. Например, когда женщины ссылаются на побочные эффекты в качестве проблемы, они могут иметь в виду как предложение (ограниченный выбор методов, плохое консультирование по побочным эффектам), так и факторы спроса (негативный опыт использования контрацепции и/или мифы и неправильные представления). Примечательно, что женщины с неудовлетворенной потребностью в контрацепции редко говорят, что они не знают о контрацепции, что у них нет доступа к источнику поставок или что она стоит слишком дорого, что отчасти свидетельствует об успехе программ планирования семьи. Страны, где более 10 процентов женщин указали любую из этих причин, находятся в Западной и Центральной Африке, регионах, где распространенность использования противозачаточных средств до недавнего времени оставалась низкой (Sedgh and others, 2016).



а более половины прекращают в течение первых двух лет. Исследования показывают, что неэффективность контрацепции и побочные эффекты или проблемы, связанные с методом, являются одними из наиболее распространенных причин прекращения использования (Bradley and others, 2009). Отмечалось всего несколько случаев прекращения использования из-за финансовых проблем и проблем с доступом (Bradley and others, 2009), что неудивительно, поскольку женщины, которые использовали метод, в какой-то момент добились успеха и смогли получить доступные по цене средства контрацепции.

В то время как показатели и причины прекращения использования варьируются в зависимости от метода, названные причины остаются довольно постоянными для каждого метода (Castle and Askew, 2015; Bradley and others, 2009). Согласно опросам, проведенным в 25 странах, самый низкий показатель отказа от использования в течение 12 месяцев был у ВМС (13%), а самый высокий — у презервативов (50%), в то время как оральные контрацептивы и инъекции, а также менее эффективные методы периодического воздержания и абстиненции были отклонены примерно 40 процентами пользователей в течение первых 12 месяцев использования. Факторы, связанные с методом, были основной причиной прекращения применения любого метода (Ali and others, 2012).

Женщины с умеренными или тяжелыми побочными эффектами чаще, чем женщины с незначительными побочными эффектами, прекращают прием контрацептивов (Jain and others, 2021). Эти результаты во многом подтверждают опасения женщин, которые ссылаются на побочные эффекты в качестве основной проблемы. Серьезные побочные эффекты, хотя и редкие, могут истощить организм (см. диаграмму на странице 58). В крайне редких случаях такой побочный эффект, как образование тромба, может привести к летальному исходу. Хотя хорошо известно, что противозачаточные средства в целом связаны со многими положительными последствиями для здоровья женщин, включая более низкий риск материнской смертности (Utomo and others,

## Сочетание методов (сущ.) —

- (1) Список вариантов контрацептивов, доступных отдельному лицу, клиентам или населению.
- (2) (научный термин) Характер, распределение или процент использования методов населением.

2021) и снижение риска некоторых видов рака (Hannaford and others, 2010), эта информация не всегда способна развеять беспокойство женщин, которые сами испытали или стали свидетелями тяжелых или невыносимых побочных эффектов.

На самом деле, поддержка эффективных методов контрацепции и страх перед их побочными эффектами часто идут рука об руку. Недавнее исследование в Гане, посвященное женщинам и девочкам в возрасте от 15 до 49 лет, показало, что женщины как ценили гормональные методы за их эффективность против беременности, так и выражали озабоченность по поводу побочных эффектов (особенно кровотечения), будущих нарушений фертильности и долгосрочных проблем со здоровьем, которые заставили некоторых женщин прекратить использование гормональных методов. Наличие долгосрочных проблем со здоровьем в результате предполагаемого использования гормонального метода более чем вдвое снизило шансы на текущее использование (Keogh and others, 2021).

Эти проблемы характерны для женщин не только в странах с низким и средним уровнем дохода. Систематический обзор причин отказа женщин



## Автономия — краеугольный камень планирования семьи, основанного на соблюдении прав человека

Программы планирования семьи обычно используют современные методы контрацепции в качестве основного показателя успеха. Акцент на расширении использования противозачаточных средств может привести к тому, что наблюдатели будут рассматривать отказ от использования как неудачу, хотя на самом деле он может объясняться законным выбором для женщины. Исследователь Ли Сендерович предлагает создать и использовать новый показатель под названием «автономия контрацепции», определяющий автономию контрацепции как «факторы, необходимые для того, чтобы человек сам решил, чего он хочет в отношении контрацепции, а затем реализовал это решение» (Senderowicz, 2020). Такой подход мог бы лучше увязывать программы с правозащитным подходом. Для расчета этого показателя потребуется добавить вопросы к обследованиям населения, таким как DHS.

и мужчин от гормональной контрацепции в странах с высоким уровнем дохода выявил схожие проблемы, в том числе: проблемы, связанные с физическими побочными эффектами; обеспокоенность по поводу изменений в психическом здоровье; негативное влияние на сексуальность; опасения по поводу будущей фертильности; опасения по поводу менструации; страхи и беспокойство; а также опыт игнорирования таких опасений по поводу побочных эффектов медицинскими работниками (Le Guen and others, 2021). Ключевым выводом является то, что медицинские работники и системы должны укреплять, а иногда и восстанавливать доверие женщин к контрацепции, используя для этого уважительные, ориентированные на личность подходы и понимая, что потребности человека, скорее всего, со временем изменятся. Еще одним выводом является то, что существующего набора вариантов недостаточно, что указывает на необходимость государственных инвестиций в разработку новых или усовершенствованных противозачаточных средств с меньшим количеством или более мягкими побочными эффектами.

Побочные эффекты также могут иметь неблагоприятные социокультурные последствия, способствуя принятию женщиной решения прекратить использование контрацептивов (Castle and Askew, 2015). В сообществах с нормами, запрещающими

участие женщин в определенных видах деятельности из-за вагинального кровотечения (обычно менструации), прекращение использования может произойти, если метод контрацепции вызывает аномальное кровотечение или кровянистые выделения. Это может ограничить способность женщины молиться, готовить пищу или вступать в половую связь. Некоторые женщины могут столкнуться с аменореей или отсутствием менструации в качестве побочного эффекта; эти пользователи могут прекратить прием средств, потому что аменорея ограничивает их способность *избегать* полового акта или потому, что они связывают ее с бесплодием (Polis and others, 2018; Chebet and others, 2015).

Побочные эффекты, которые могут быть обнаружены партнером, такие как кровянистые выделения, особенно беспокоят тех, кто тайно пользуется контрацептивами (женщин, которые скрывают свое использование контрацептивов от своего партнера) (Castle and others, 1999). Тайное использование контрацепции может быть весьма распространено, особенно когда женщины вступают в отношения с партнером, который отказывается от контрацепции, когда в отношениях возникают проблемы или при желании избежать конфликта (Kibira and others, 2020; Castle and others, 1999). Скрытое использование контрацептивов может быть опасным для женщин в некоторых странах



Африки к югу от Сахары, таких как Эфиопия, женщина, использующая контрацепцию без одобрения мужа, считается неверной женой (Alio and others, 2009), что еще активнее способствует отказу от контрацепции, которая может быть обнаружена партнером.

Хотя общие знания о современной контрацепции улучшились во всем мире, мифы и неправильные представления сохраняются и препятствуют использованию препаратов. Обсуждения в фокус-группах с женщинами в Гане, например, показали, что многие женщины, особенно молодые, считают, что контрацепция может привести к бесплодию. Слухи о побочных эффектах и дезинформация также были распространенными причинами отказа от использования (Hindin and others, 2014). Молодые мужчины и женщины в Кении считали, что современная контрацепция ставит под угрозу будущую фертильность, приводит к проблемам с зачатием, вызывает врожденные дефекты, заставляет женщин вступать в беспорядочные половые связи, является «неафриканской» и лишает пары сексуальной свободы (Mwaisaka and others, 2020). Это подчеркивает важность надлежащего привлечения и информирования мужчин о противозачаточных средствах, поскольку они часто являются лицами, принимающими решения в этой области.

### ***Удовлетворены ли результатом пользователи противозачаточных средств?***

Чтобы выполнить свои обязательства по обеспечению всеобщего сексуального и репродуктивного здоровья, планирования семьи и образования к 2030 году, страны отслеживают данные о доле женщин репродуктивного возраста (в возрасте от 15 до 49 лет), которые удовлетворяют свои потребности в контрацепции с помощью современных методов, и тех, чьи потребности не были удовлетворены. Самые последние данные ЦУР показывают, например, что в странах с низким и средним уровнем дохода общий показатель неудовлетворенной потребности в средствах контрацепции составляет 9,2 процента, а общий показатель неудовлетворенной потребности в современных средствах контрацепции равен 13,3 процента.

Эти цифры важны, но их нельзя назвать точными. Удовлетворенные и неудовлетворенные потребности — это широкие показатели, которые делят женщин на категории пользователей контрацептивов и тех, кто не пользуется современными средствами, тогда как реальность далеко гораздо сложнее. В то время как все большее число женщин используют современные методы контрацепции, высокий уровень отказа от использования ясно свидетельствует о широко распространенной неудовлетворенности методами, доступными им в настоящее время.

Исследователи Роминский и Стивенсон призывают использовать метрики, которые учитывают эти сложности: «Нынешнее определение неудовлетворенной потребности в контрацепции предполагает, что потребность всех женщины, использующих тот или иной метод, удовлетворена. Мы утверждаем, что без учета уровня удовлетворенности методом многие женщины классифицируются как имеющие удовлетворенную потребность, когда на самом деле их потребность не удовлетворена. Они используют метод, который не соответствует их предпочтениям, либо потому, что он вызывает побочные эффекты, которые они считают неприемлемыми, либо имеет другие характеристики, которые им не нравятся. Учитывая большое количество эпизодов использования контрацепции, которые заканчиваются прекращением приема, как сообщается, часто из-за побочных эффектов, мы утверждаем, что нынешнее определение неудовлетворенной потребности недооценивает число женщин с истинной неудовлетворенной потребностью в контрацепции, поскольку оно не учитывает многих женщин, которые используют метод, который не соответствует их предпочтениям» (Rominski and Stephenson, 2019).

Одно исследование пользователей современных противозачаточных средств в Кении классифицировало нынешних пользователей, которые были недовольны, как имеющих неудовлетворенную потребность. Они обнаружили, что распространенность неудовлетворенности методом колеблется от 6,6% до 18,9%. Применение этого результата на национальном уровне значительно увеличило

бы (примерно на 25–70 процентов) оценку неудовлетворенной потребности страны в любой форме контрацепции (Rothschild and others, 2021).

### ***Недостаток знаний о сексуальности, репродуктивной функции и беременности***

Наличие потребности или желания в контрацепции требует знаний о вашем теле, сексуальности, репродуктивных функциях и контрацепции. Хотя недостаток знаний больше не является одной из наиболее существенных причин неудовлетворенной потребности, он по-прежнему сильно коррелирует с более высоким уровнем непреднамеренной беременности (Huda and others, 2013). Многие молодые люди по-

прежнему не имеют доступа к всестороннему сексуальному образованию, что способствует распространению мифов и неправильных представлений как о контрацепции, так и об анатомии человека.

Основная информация о сексуальном и репродуктивном здоровье и правах должна поступать из школьных и внешкольных программ, в том числе из медицинских учреждений. В действительности во многих странах знания о контрацепции поступают в основном через систему здравоохранения. Например, в недавнем исследовании, проведенном в Эфиопии, 68 процентов опрошенных женщин заявили, что их

## **Права человека и всестороннее сексуальное образование**

Отсутствие точной информации о сексуальном и репродуктивном здоровье не только имеет серьезные последствия, но и является нарушением прав человека. Просвещение по вопросам сексуальности и репродукции является основным компонентом прав на здоровье, образование и недискриминацию, как это сформулировано Комитетом Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам (UN CESCR, 2016). Это означает, что отдельные лица, включая детей и подростков, имеют право искать, получать и распространять информацию и идеи в области планирования семьи. Для выполнения этих обязательств в области прав человека государства и сообщества должны обеспечить доступность, приемлемость и точность информации о сексуальном и репродуктивном здоровье (UN CESCR, 2016) и «предоставлять ее в соответствии с потребностями отдельных лиц и общества, принимая во внимание, например, возраст, пол, языковые способности, уровень образования, инвалидность, сексуальную ориентацию, гендерную идентичность и статус интерсексуала» (UN CESCR, 2016). Таким образом, доступ к всестороннему сексуальному образованию является важнейшим фактором обеспечения прав человека на здоровье, благополучие и автономию, которые содержатся во многих документах по правам человека, включая Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах ребенка (UN General Assembly, 1989), Конвенцию Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (UN General Assembly, 1979), Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах (UN General Assembly, 1966) и Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (UN General Assembly, 2007).

Всестороннее сексуальное образование также затрагивает многие факторы, приводящие к непреднамеренной беременности, такие как насилие по признаку пола, и предлагает инструменты для их предотвращения, в том числе способы построения равных отношений, уважения нестереотипных гендерных ролей и обсуждения согласия (Haberland and Rogow, 2015). Многие исследования подтвердили, что качественное всестороннее сексуальное образование эффективно снижает рискованное сексуальное поведение и частоту непреднамеренной беременности. Это образование наиболее эффективно, когда оно предоставляется разнообразными и взаимосвязанными способами, например, путем увязки школьного образования с внешкольными услугами, ориентированными на молодежь (UNESCO and others, 2018).



источником информации о планировании семьи является медицинский работник. Это исследование также показало, что у тех, у кого была по крайней мере одна непреднамеренная беременность, было меньше шансов на последующую беременность, другими словами, они искали информацию сами или использовали информацию, которую им предоставили во время родов их первого ребенка, для планирования второго (Moges and others, 2020).

Важно, чтобы вся информация и консультации были точными с медицинской точки зрения, не директивными и поддерживающими, чтобы обеспечить автономию в принятии решений (UNFPA, 2021; UN CESC, 2000). Это означает, что медицинские работники и другие специалисты должны предоставлять основанные на фактических данных консультации и информацию о функциях, преимуществах и рисках противозачаточных средств, причем таким образом, чтобы удовлетворить потребности женщин (и, при необходимости, их партнеров), где бы они ни находились. Эта информация может и должна развеять дезинформацию, неправильные представления, мифы и страхи, которые часто являются причинами неиспользования. Она также должен устранить двусмысленность в том, как работает экстренная контрацепция, разграничив ее с искусственным абортom; это особенно важно среди сообществ и отдельных лиц, для которых аборт является культурно неприемлемым.

### ***Неверный расчет риска беременности***

Одной из наиболее распространенных причин неудовлетворенной потребности является нечастый секс или ощущение того, что вы не подвергаетесь риску. Это подчеркивает важность адекватных знаний о том, когда человек подвергается риску. Это также подчеркивает необходимость обеспечения того, чтобы женщина сама определяла, когда испытывает потребность, а не другие предполагали, что она в этом нуждается. Важность нечастого секса как причины неудовлетворенной потребности побудила некоторых представителей сообщества

репродуктивного здоровья выступить за проведение исследований по разработке эффективного перикоитального метода контрацепции, который женщина может использовать только тогда, когда она в этом нуждается. В идеале это был бы метод, который женщина могла бы контролировать и использовать без ведома своего партнера. Современные методы, которые можно было бы использовать таким образом, как правило, менее эффективны и требуют сотрудничества партнеров (например, презерватив, диафрагма или шеечный колпачок). ВОЗ созвала совещание в 2017 году для обсуждения гормональной перикоитальной контрацепции; участники пришли к выводу, что такой метод необходим и нуждается в дополнительных исследованиях (WHO, 2017). Такие исследования сейчас ведутся (Jackson and Dossou, 2021).

### **Могут ли женщины получить современный метод контрацепции по своему выбору?**

Возможно, один из наиболее часто задаваемых вопросов при рассмотрении неудовлетворенной потребности заключается в следующем: имеют ли люди доступ к противозачаточным средствам? Но постановка вопроса таким образом, какой бы простой она ни казалась, вводит в заблуждение. Как обсуждалось ранее, программы планирования семьи оказались чрезвычайно успешными в расширении доступности современных противозачаточных средств для сообществ, где потребности в них наиболее велики. И хотя для охвата наиболее маргинализованных слоев населения необходимы постоянные инвестиции, факт остается фактом: большинство людей могут сказать, что в их сообществе доступны те или иные формы контрацепции. Таким образом, вопрос должен быть более детальным: могут ли люди осознанно получить средство контрацепции по своему выбору, когда и где они этого хотят?



Отдельным людям требуется целый ряд методов для удовлетворения их разнообразных и меняющихся потребностей. Эти методы должны быть доступными, бюджетными и приемлемыми, а материалы и услуги должны быть высокого качества. В каждой из этих областей сохраняются значительные препятствия, как подробно описано ниже. Общие данные DHS показывают, что от 7 до 27 процентов женщин прекращают использовать метод контрацепции по причинам, связанным с условиями предоставления услуг, включая качество услуг, наличие достаточного выбора методов, нехватку товаров и неэффективные механизмы передачи (Castle and Askew, 2015).

### **Наличие**

Доступность противозачаточных средств означает гораздо больше, чем просто наличие презервативов под рукой в местном магазине. Это означает, что существуют услуги по контрацепции, включая точные и деликатные консультации по планированию семьи, а также широкий спектр методов контрацепции. Это означает наличие достаточного количества медицинских учреждений, программ планирования

семьи и подготовленного медицинского персонала для обслуживания населения (UN CESCR, 2016). Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам заявил, что «недоступность товаров и услуг из-за идеологически обоснованной политики или практики, такой как отказ в предоставлении услуг, основанный на совести, не должна быть препятствием для доступа к услугам» (UN CESCR, 2016).

Нехватка запасов также остается серьезной проблемой для программ планирования семьи (см. диаграмму 7). Анализ данных DHS по нескольким странам показал, что до 5 процентов случаев прекращения приема противозачаточных средств происходит из-за нехватки запасов (Castle and Askew, 2015). Проведенный в 2017 году обзор проблем в цепочках поставок в странах с низким и средним уровнем дохода показал, что проблемы в цепочках поставок в значительной степени способствовали высоким показателям нехватки современных контрацептивов (Mukasa and others, 2017). Систематический обзор 2020 года изучил влияние нехватки противозачаточных средств и обнаружил, что

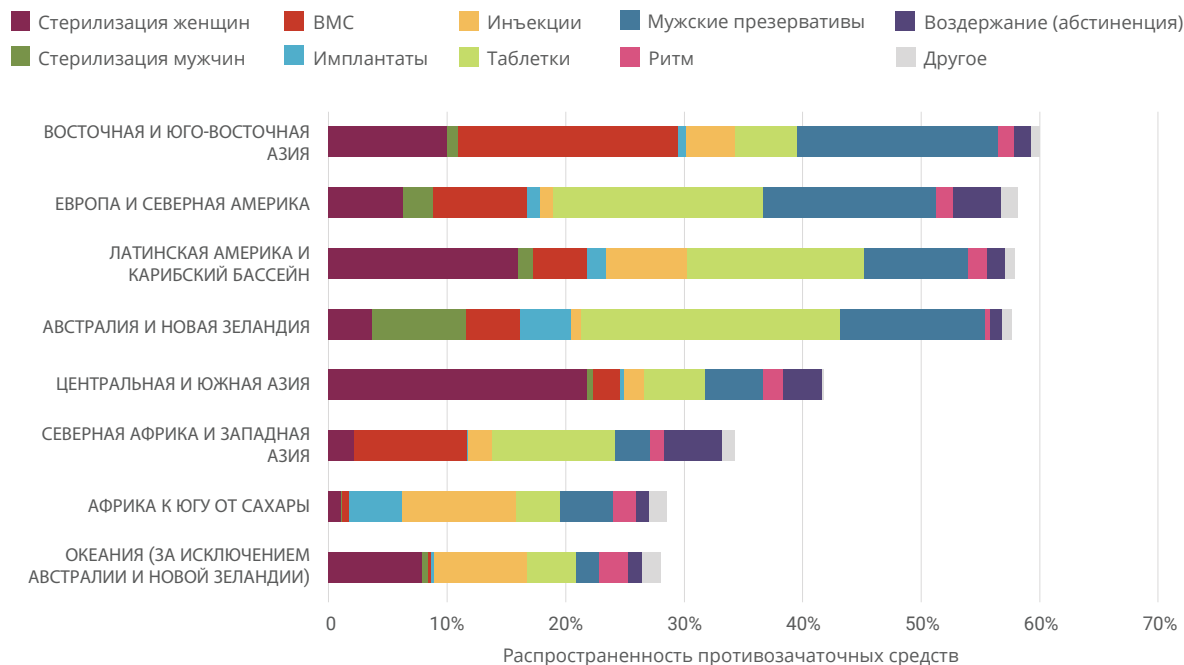
## **Отсутствие доступа к эффективным средствам контрацепции является нарушением прав человека**

Обязанность правительств предоставлять качественную информацию и методы планирования семьи всем на основе недискриминаций и равенства четко изложена в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенции о правах ребенка (UN General Assembly, 1989; UN General Assembly, 1979). Она также подтверждается во многих других договорах по правам человека, таких как Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, которые гарантируют доступ через право на здоровье (UN General Assembly, 1966). Сексуальное и репродуктивное здоровье является важным компонентом права на всеобщий минимальный уровень здоровья, на который имеют право все люди. Поэтому обязательства в области прав человека, принятые правительствами, требуют, чтобы методы и услуги контрацепции и планирования семьи были доступными, приемлемыми, бюджетными и высококачественными (UN CESCR, 2000).



## ДИАГРАММА 6

### Распределение пользователей противозачаточных средств по методу, по регионам, 2019 год



**Источник данных:** расчеты основаны на сводке данных об использовании противозачаточных средств в мире за 2019 год, дополнительных таблицах, полученных на основе наборов микроданных и отчетов об обследованиях, а также оценок распространенности противозачаточных средств на 2019 год на основе оценок и прогнозов показателей планирования семьи на 2019 год. Агрегированные данные, взвешенные по численности населения.

**Источник:** Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения. (2020 г.). Использование контрацептивов по методам, 2019 год.

**Примечание:** «прочее» включает менее используемые современные методы, такие как метод лактационной аменореи (LAM), вагинальные барьерные методы, экстренная контрацепция, пластыри и вагинальные кольца, а также традиционные методы, включая спринцевание, длительное воздержание, амулеты, чары, лекарственные растения, массаж живота и другие методы.

они ограничивают возможность использования предпочтительного метода и влияют на то, где они были предоставлены, и их цену. Однако сравнение воздействий было сложным из-за различий в определениях и измерениях (Zuniga and others, 2020).

Ситуация с нехваткой запасов только усугубилась пандемией COVID-19, которая серьезно нарушила цепочки поставок и ограничила доступ к медицинским учреждениям. Например, в Латинской Америке нехватка противозачаточных средств наряду с падением доходов домохозяйств, по оценкам, привела к тому, что от 9 до 20 миллионов

женщин прекратили использование современных противозачаточных средств (UNFPA, 2020c). Для моделирования потенциального воздействия анализ, проведенный Институтом Гутмахера, показал, что 10-процентное сокращение использования обратимых контрацептивов короткого и длительного действия из-за сокращения доступа приведет к тому, что дополнительные 48 миллионов человек будут испытывать неудовлетворенную потребность в контрацептивах и более 15 миллионов столкнутся с непреднамеренной беременностью в течение года (Riley and others, 2020).

ДИАГРАММА 7

Процент предприятий, сообщивших о нехватке запасов в день обследования, в целом и для каждого метода, отдельные страны\*



Источник: отчеты об обследовании запасов объектов за 2018 и 2020 годы, ЮНФПА.

\*Отчетность предоставляется в соответствии с действующими национальными протоколами, руководящими принципами и/или законами.



## Ситуация с нехваткой запасов только усугубилась в результате пандемии COVID-19.

### *Доступность*

Даже если методы есть в наличии, они не всегда доступны. Доступность означает физическую доступность без дискриминации для всех людей, включая инвалидов, тех, кто живет в отдаленных районах, лиц, перемещенных в результате вооруженных конфликтов и стихийных бедствий, и подростков (UN CESCR, 2016). Это также означает, что методы планирования семьи являются доступными по цене и предоставляют информацию в доступной для пользователя форме с учетом языковых способностей, уровня образования, статуса инвалидности и других факторов (UN CESCR, 2016). Барьеры включают экономические и географические соображения, затраты (включая альтернативные издержки, связанные с поездками и уходом за детьми), а также возрастные ограничения или семейные требования. Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам определил, что стандарты в области прав человека требуют устранения этих барьеров с помощью бюджетных мер, программ, схем страхования, государственного образования и правовой реформы (UN CESCR, 2000).

Стигматизация и дискриминация также были определены в качестве барьеров (Cook and Dickens, 2014). Тесно связанная с вредными гендерными стереотипами идея о том, что определенные девочки, женщины, небинарные люди и лица инвалидностью «не должны» быть сексуальными, могут привести к тому, что эти люди будут чувствовать себя подавленными, запуганными или стигматизированными и лишатся доступа к услугам контрацепции (Horner-Johnson

and others, 2020; Cook and Dickens, 2014).

Данные из Перу, например, показывают, что распространенность использования современных противозачаточных средств среди замужних женщин более чем вдвое выше, чем среди одиноких женщин, а среди подростков она в семь раз ниже, чем среди замужних женщин (ENDES, 2020). Женщины и мужчины, которые бросают вызов социальным и культурным ожиданиям и предпочитают быть «свободными от детей», также сталкиваются со стигматизацией (Ashburn-Nardo, 2017), а молодые и одинокие люди часто сталкиваются с препятствиями в доступе к добровольной стерилизации (Kimport and others, 2017).

### *Приемлемость*

Потребности женщин в противозачаточных средствах различаются, и потребности каждой отдельной женщины будут меняться с течением времени. Но женщины не всегда могут использовать метод, который они считают приемлемым для себя, учитывая их нынешние обстоятельства и желания.

Ключевым фактором приемлемости являются отношения между клиентом и поставщиком медицинских услуг. Эти отношения необходимы для установления доверия, обеспечения удовлетворенности как клиента, так и поставщика медицинских услуг, а также сохранения медицинского персонала в сообществе (WHO, 2014). Работники здравоохранения должны предоставлять информацию и услуги по планированию семьи, уважая при этом культуру отдельных лиц и сообщества и учитывая их возраст, пол, инвалидность и сексуальное разнообразие

(UN CESCRC, 2016). Они также должны быть полностью осведомлены и иметь возможность сообщать о таких проблемах, как побочные эффекты, потенциальная необходимость в скрытых методах и социальные или общественные ограничения. ВОЗ рекомендует медицинскому персоналу получать консультации и образование с учетом гендерных аспектов, адаптированные к конкретным потребностям отдельных лиц и сообществ. Также медицинским работникам рекомендуется предоставлять информацию и варианты для клиентов по смене методов контрацепции, если они недовольны или перестают испытывать удовлетворенность от метода, а также последующие услуги, помогающие справиться с побочными эффектами контрацепции (WHO, 2014).

### **Качество**

Качество медицинской помощи и услуг означает возможность выбора среди широкого спектра методов контрацепции; быть точно информированным об эффективности, рисках и преимуществах методов;

а также получать консультации и лечение от технически компетентных, уважительных поставщиков услуг, которые обеспечивают достоинство, недискриминацию, неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность пользователей (UNDP, 2005). Жестокое обращение в медицинских учреждениях отталкивает пользователей и все чаще признается нарушением прав человека (Kholsa and others, 2016). Качество медицинской помощи также может быть поставлено под угрозу из-за неспособности или отказа включить технологические достижения и инновации в предоставление услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья (UN CESCRC, 2016), таких как экстренная контрацепция (руководство по политике см. на странице 88).

Одним из существенных препятствий на пути к качественным услугам является предвзятость медицинских работников. Поставщики услуг могут полагать, что они более квалифицированы, чтобы выбрать

наиболее подходящий метод для своего клиента, и/или у них могут быть личные предпочтения в отношении или против определенных методов (Castle and Askew, 2015). Предубеждения могут основываться на возрасте, паритете (количестве рождений у человека), семейном положении и других критериях, при этом многие поставщики услуг устанавливают барьеры и ограничения, выходящие за рамки тех, которые включены в нормативные руководящие принципы или необходимы по каким-либо медицинским показаниям (Solo and Festin, 2019). Наиболее распространено предубеждение против предоставления подросткам различных методов контрацепции, часто обусловленное суждениями о сексуальной активности среди молодежи или опасениями, не подтвержденными фактическими данными, относительно влияния гормональных методов на будущую фертильность. Хотя оценить влияние предвзятости поставщиков сложно, перекося в сочетании методов (когда 50 и более процентов пользователей контрацептивов полагаются на один метод) был определен в качестве потенциального показателя макроуровня (Solo and Festin, 2019).

Предвзятость может также распространяться на уровень директивных органов, которые играют определенную роль в ограничении выбора метода. Например, если лица, принимающие решения, придерживаются личных предубеждений в отношении такого метода, как вазэктомия или оральные контрацептивы, они могут принять решение не поддерживать программы и политику, расширяющие предоставление этих методов клиентам.

Для решения проблемы и повышения качества услуг по контрацепции ВОЗ рекомендует включить процессы обеспечения качества (отзывы клиентов) в программы контрацепции, а также постоянное обучение на основе компетентности и надзор за медицинским персоналом (WHO, 2014).



## Живут ли женщины в условиях, способствующих или препятствующих использованию контрацепции?

Эксперты по планированию семьи призывают директивные органы и системы здравоохранения создать благоприятные условия для использования противозачаточных средств. Деятельность, способствующая увеличению потребления противозачаточных средств, в прошлом часто называлась «формированием спроса» или «созданием

спроса», но эти термины, заимствованные из маркетинга, неверно означают, что женщин следует побуждать или убеждать использовать контрацепцию. Фактически, стандарты в области прав человека требуют, чтобы женщины и все лица, которые могут забеременеть, имели возможность получать информацию, образование и услуги, а также получали поддержку благодаря позитивным социальным нормам, чтобы свободно делать самостоятельный выбор. Независимо от используемого языка, в целом условия остаются неблагоприятными для осуществления свободного и осознанного выбора.

## Расширение возможностей за счет достижений в движении самопомощи

В последние годы самопомощь, определяемая ВОЗ как способность отдельных лиц, семей и сообществ укреплять здоровье, предотвращать заболевания, поддерживать здоровье и справляться с болезнями и инвалидностью при поддержке медицинского работника или без нее, все чаще рассматривается специалистами здравоохранения как важный способ расширения доступа к критически важным услугам. «Мероприятия по самопомощи являются одними из наиболее перспективных и интересных подходов к улучшению здоровья и благополучия, как с точки зрения систем здравоохранения, так и для пользователей этих мероприятий», — отметила ВОЗ в 2021 году (WHO, 2021).

Во время пандемии COVID-19, когда программы планирования семьи были приостановлены, а поездки ограничены, этот подход оказался еще более важным. Это побудило некоторых исследователей призвать к «расширению подходов к самопомощи для немедикаментозной контрацепции» и «расширению ассортимента противозачаточных средств, применяемых самостоятельно», чтобы «расширить возможности отдельных лиц в определении того, какой метод они используют, когда и где они его получают» (Haddad and others, 2021).

Руководящие принципы ВОЗ по самопомощи с 2021 года включают следующие рекомендации по планированию семьи (WHO, 2021):

- *самостоятельная инъекционная контрацепция должна быть доступна в качестве дополнительного подхода к предоставлению инъекционной контрацепции лицам репродуктивного возраста.*
- *Безрецептурные оральные противозачаточные таблетки (ОСР) должны быть доступны без рецепта для лиц, использующих ОСР.*
- *Безрецептурные таблетки для экстренной контрацепции должны быть доступны без рецепта лицам, желающим воспользоваться экстренной контрацепцией.*

### ***Правовые барьеры***

Правовые барьеры включают законы, политику и практику, запрещающие подросткам или незамужним женщинам получать средства контрацепции. Но они также включают факторы, которые связаны с правовыми ограничениями, такие как недостаточное финансирование услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья.

### ***Неравные гендерные нормы и другие социальные барьеры***

Устранение вредных социальных норм, включая дискриминационные гендерные нормы, является важнейшей частью создания благоприятных условий. Связь между гендерным равенством и предотвращением непреднамеренной беременности очевидна (см. стр. 23, Глава 2), и когда у женщин есть свобода действий и выбор, использование противозачаточных средств, как правило, выше (United Nations, 2020). Сильное противодействие использованию контрацепции коренится в гендерном неравенстве, таком как религиозная оппозиция; неточное с медицинской точки зрения смешение контрацепции и аборт; насилие со стороны интимного партнера в форме репродуктивного принуждения; социальное или семейное давление, требующее иметь детей, большую семью или продолжать деторождение до рождения сына (предпочтение отдается детям мужского пола); а также стигмы, мифы и дезинформация. Когда женщины сталкиваются с сопротивлением со стороны своего сообщества или своих партнеров в отношении использования контрацепции, они часто вынуждены обходиться без нее или прибегать к скрытому использованию, чтобы подтвердить свою телесную автономию.

Исследование, проведенное в Кении, показало, что 12,2 процента женщин тайно использовали противозачаточные средства (Akoth and others, 2021), в Гане этот показатель составил 34 процента на основе опроса 300 женщин (Baiden and others, 2016). (В обоих исследованиях предпочтительным методом были инъекционные препараты.) Эти относительно

высокие показатели тайного использования являются четким свидетельством того, что неиспользование и неправильное использование противозачаточных средств не означает отсутствия спроса на контрацепцию. Они также подчеркивают, как выбор методов женщиной может быть ограничен необходимостью скрытого использования, что отражает ее недостаточное расширение прав и возможностей в более широком смысле.

Кроме того, в обществе существует ожидание, что женщины возьмут на себя ответственность за планирование семьи. Частью этого является распределение риска: забеременевший человек принимает на себя все анатомические и экономические последствия беременности, включая риск материнской заболеваемости и смертности, а также любые потери работы или дохода, связанные с беременностью или родами. У такого человека больше стимулов правильно и последовательно использовать контрацепцию. Но этот фактор значительно усиливается социальными нормами. Например, нехватка доступных противозачаточных средств для мужчин (рассмотрено в материале на странице 70) отражает принятие решений инвесторами и политиками и их ожидания рыночного спроса или его отсутствия. Мужские противозачаточные таблетки, обратимые гели длительного действия (блокирующие сперму) и инъекционные препараты постоянно проходят клинические испытания, но не были запущены в продажу (Thirumalai and Amory, 2021; Costantino and others, 2007).

Показательно, что в случае стерилизации, формы контрацепции, которая является менее инвазивной и менее рискованной, когда ее применяют мужчины, наблюдается значительное расхождение в уровнях использования во всем мире, что отражает сравнительно больший акцент на женщинах в качестве основного направления методов и программ контрацепции. В 2015 году около 30 миллионов мужчин перенесли вазэктомию по сравнению с 237 миллионами



## ДИАГРАММА 8

Тенденции в использовании постоянных методов контрацепции во всем мире



Источник: Shelton and Jacobstein, 2016.

женщин, которые использовали постоянный метод контрацепции (UN DESA, 2015). «Существует... давний международный консенсус в отношении важности гендерного равенства. Однако с точки зрения вазектомии (стерилизации мужчин) наблюдается несоответствие между заявленными обязательствами по выбору и справедливости и реалиями программы», — заявили исследователи (Jacobstein, 2015).

### Необходимы комплексные подходы

Это исследование показывает, что неправильные представления о контрацепции должны быть развеяны на всех уровнях. У отдельных лиц и медицинских работников есть предположения и предубеждения,

требующие пересмотра. Но это справедливо и в сферах принятия решений и составления бюджета, где проблема непреднамеренной беременности слишком часто сводится к обсуждению вопросов о противозачаточных средствах, предоставлении услуг «последней мили» или консультировании по вопросам планирования семьи.

Здесь мы видим, что ни один подход, каким бы важным он ни был, не сможет удовлетворить все потребности. Вместо этого с нуля должен быть реализован всеобъемлющий пакет взаимосвязанных усилий. Женщины и девочки должны иметь пространство и знания, чтобы сформулировать свои потребности и объяснить их своему партнеру и поставщику медицинских услуг, исследователям и директивным органам, и, что наиболее важно, они должны быть услышаны.

# ПЛАНИРОВАНИЕ КАК ПУТЬ К ИЗМЕНЕНИЯМ

## ФИЛИППИНЫ, 2021 ГОД —

После шестых родов 40-летняя Рахма Самула из Магинданао на Филиппинах чувствовала себя истощенной. Прежде она уже была свидетелем того, как ее мать воспитывала восьмерых детей. «Видя, как моя мать изо всех сил пытается заботиться о моих семи братьях и сестрах, я решила воспользоваться методами планирования семьи, и эту идею поддержал и мой муж».

Большинство ее детей родились с разницей всего в год, но с помощью инъекционного контрацептива Рахма смогла отложить свою последнюю беременность до 2021 года, то есть

прошло пять лет после рождения ее предыдущего ребенка. Рахма уверена, что без инъекций между этими беременностями произошли бы еще две. Она и ее муж благодарны местным медицинским работникам, которые на консультациях рассказывали им о различных доступных вариантах планирования семьи. Побочным эффектом стал лишь незначительный набор веса, в остальном же она чувствует себя прекрасно и уверена, что перерыв между родами и использование контрацептивов пошли на пользу ей и ее семье, «так как детям не пришлось переживать трудные времена».

Будь Рахма старше всего на одно поколение, ее история не оказалась бы такой простой. Государственная политика в области планирования семьи и репродуктивного здоровья на Филиппинах была нестабильной. Политика 1980-х годов была сосредоточена на ограничении роста населения с помощью квот и стимулов к использованию контрацепции, но затем сменила курс в соответствии

ориентированном на клиента и репродуктивное здоровье, взяв на себя обязательство предоставлять бесплатные услуги по планированию семьи для бедных семей. Тем не менее, влиятельные религиозные лидеры продолжают выступать против использования любых форм контрацепции, кроме так называемых естественных методов (методов повышения осведомленности о фертильности).

## **«Мы с мужем согласились использовать противозачаточные средства из-за того, насколько сейчас тяжелая жизнь».**

с католическим учением, запрещающим современные методы контрацепции. На протяжении десятилетий напряженность между лагерями сторонников и противников контрацепции вела страну по тернистому усредненному пути, на котором планирование семьи в значительной степени было направлено на охрану здоровья матери и выживание ребенка, подход, который маргинализировал подростков и незамужних женщин (Alvarez, 1993). Только в 2012 году после принятия Закона об ответственном родителстве и репродуктивном здоровье правительство остановилось на своем нынешнем подходе,

Тем не менее, в течение многих лет именно религиозные и общественные лидеры наряду с некоммерческими организациями помогали предоставлять противозачаточные средства жителям в отдаленных районах и семьям, которые

не могли позволить себе прокормить лишние рты. Как объяснила ЮНФПА в 1998 году одна мать из бедной отдаленной рыбацкой деревни: «К нам приходит приходской священник, и именно он дает нам [противозачаточные таблетки]. Мы не знаем, где их взять».

Закон 2012 года и усилия на низовом уровне, такие как усилия неправительственных групп, организаций по защите прав женщин и отдельных лиц, таких как этот приходской священник, оказали огромное и позитивное совокупное влияние на доступ к контрацепции на Филиппинах. Ни





Законы и усилия на низовом уровне способствовали изменениям.  
Jay Directo/AFP via Getty Images

одно отдельное усилие со стороны системы здравоохранения, правовой системы или общества в целом само по себе не придало импульса этим переменам. Напротив, это была целостная и всесторонняя работа на протяжении многих лет, и именно она стала залогом успеха.

Закон помог стимулировать инвестиции в клиники и репродуктивные услуги, и программа медицинского страхования в настоящее время охватывает более 90% муниципалитетов страны (FP2030, 2020a). Жаркие споры вокруг контрацепции прекратились, был начат новый разговор о выборе, правах и

долгосрочных целях для отдельных лиц и семей. Медицинские работники, консультанты по планированию семьи и даже религиозные лидеры активно развенчивают дезинформацию о противозачаточных средствах.

«Мы с мужем согласились использовать противозачаточные средства из-за того, насколько сейчас тяжелая жизнь», — говорит Тереза Батитиц, 36-летний консультант в области питания в северной деревне. Они хотят потратить свои ограниченные ресурсы на образование уже рожденных четверых детей. Тереза ранее избегала гормональных

контрацептивов, отчасти из-за страха перед побочными эффектами, но когда местный медицинский работник заговорил об имплантатах длительного действия, она решила попробовать этот метод. «Прежде чем предоставить каждой женщине информацию о планировании семьи, они предлагают информацию о том, что это за методы, как они работают и как используются, каковы побочные эффекты контрацептивов и тому подобное», — говорит Тереза.

Аниса Т. Араб — одна из 15 братьев и сестер в семье из Магинданао. Она всегда отличалась сильной волей; она ушла из дома в возрасте 20 лет, вместо того чтобы послушаться отца, выйти замуж и отказаться от дальнейшего образования. Сначала она выступала против планирования семьи, считая, что это противоречит исламским учениям, но «когда я изучала ислам, я увидела в обществе, что наши традиции в отношении женщин слишком далеки от того, что на самом деле предписывает ислам», — объясняет Аниса.

Анисе сейчас 57 лет, она ведет радиопередачу и преподает исламоведение (или Узтаза), а также активно поддерживает образование женщин и их право на вступление в брак, если, когда и с кем они этого хотят, и планирование семьи. Она рассказывает своим слушателям о Фетве о планировании семьи, абсолютно законном решении, одобренном исламскими учеными, которое разъясняет, что противозачаточные средства не запрещены. В планировании семьи нет ничего плохого, говорит она. Напротив, «когда наши женщины научатся заботиться о своем теле, именно тогда они смогут создавать лучшие семьи».

## Где законы и политика позволяют женщинам избегать непреднамеренной беременности?

ЦУР представляют собой первую в истории попытку всесторонне оценить, в какой степени нормативно-правовая база стран поддерживает сексуальное и репродуктивное здоровье и репродуктивные права. Показатель 5.6.2 ЦУР отслеживает законы и нормативные акты по четырем компонентам: охрана материнства, услуги по контрацепции, сексуальное образование и услуги по профилактике и лечению ВИЧ и вируса папилломы человека (ВПЧ).

Не все из 13 компонентов имеют прямое отношение к предотвращению непреднамеренной беременности. Но даже те, которые не связаны с непреднамеренной беременностью напрямую (например, вакцина против ВПЧ), по-прежнему отражают общую нормативную среду, связанную с репродуктивным здоровьем и правами.

Показатель для каждого компонента оценивает, существует ли поддерживающий закон и потенциальные ограничения. Он измеряет только наличие законов и нормативных актов, а не их соблюдение. Следует отметить, что в пределах регионов наблюдаются значительные различия. Данные на уровне стран доступны по адресу [unstats: un.org/sdgs/dataportal](https://unstats.un.org/sdgs/dataportal).

### ПОКАЗАТЕЛЬ 5.6.2 ЦУР измеряет 13 компонентов (С1–С13) в четырех разделах

#### Охрана материнства

- С1:** Охрана материнства
- С2:** Жизненно важные товары
- С3:** Аборты
- С4:** Уход после аборта

#### Услуги в области контрацепции

- С5:** Контрацепция
- С6:** Согласие на услуги в области контрацепции
- С7:** Экстренная контрацепция

#### Сексуальное образование

- С8:** Законодательство в области программы сексуального образования
- С9:** Темы, охватываемые программой сексуального образования

#### Вопросы ВИЧ и ВПЧ

- С10:** Тестирование на ВИЧ и консультирование
- С11:** Лечение и уход при ВИЧ
- С12:** Конфиденциальность состояния здоровья мужчин и женщин, живущих с ВИЧ
- С13:** Вакцина против ВПЧ



	ОХРАНА МАТЕРИНСТВА					УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УСЛУГ				СЕКСУАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ			ВОПРОСЫ ВИЧ И ВПЧ					Показатель 5.6.2 ЦУР (в целом)
	C1	C2	C3	C4	В среднем по секции	C5	C6	C7	В среднем по секции	C8	C9	В среднем по секции	C10	C11	C12	C13	В среднем по секции	
<b>ВЕСЬ МИР</b>	85	90	43	78	74	78	82	70	76	66	68	65	87	91	93	54	81	76
Более развитые регионы	94	88	71	81	85	84	92	76	84	89	88	88	91	94	95	81	90	87
Менее развитые регионы	82	90	33	77	71	75	79	69	74	58	61	58	86	90	92	45	78	72
Наименее развитые страны	79	96	29	79	71	72	70	68	70	53	59	56	88	92	93	38	78	71

#### РЕГИОНЫ ЮНФПА

Арабские государства	73	87	10	88	68	77	67	77	73	31	9	9	89	89	95	8	70	65
Азиатско-Тихоокеанский регион	78	87	37	82	71	79	80	73	77	65	65	63	85	86	93	45	78	74
Восточная Европа и Центральная Азия	93	87	65	95	85	86	100	77	87	93	82	87	84	93	94	50	80	84
Латинская Америка и Карибский бассейн	86	86	31	75	70	77	82	60	73	67	77	71	84	86	94	57	80	75
Восточная и южная части Африки	84	97	28	87	73	69	72	69	70	53	69	61	84	88	90	61	81	72
Западная и Центральная Африка	83	98	34	65	70	76	77	72	75	52	55	54	89	97	91	35	79	70







## Издержки, связанные с непреднамеренной беременностью

Последствия непреднамеренной беременности представляют собой широкий спектр. Наиболее очевидными последствиями являются прямые последствия самих беременностей, будь то роды, аборт или выкидыши. Поэтому может возникнуть соблазн измерить последствия, взвесив два возможных сценария: один, в котором женщина вкладывает свое время и ресурсы в ребенка, и другой, в котором она вкладывает средства в себя, — но это ложная дихотомия. Женщина, которая делает аборт, может сделать это, чтобы вложить ограниченные ресурсы в детей, которые у нее уже есть. Женщине, которая отказалась сохранить беременность, также может не хватать средств для инвестирования в себя или ребенка. А женщина, обладающая достаточными экономическими ресурсами, может понести и другие издержки, такие как постоянное воздействие жестокого партнера.

Нюансы также необходимы при учете беременностей, которые заканчиваются родами. Многие непреднамеренные беременности, несомненно, приносят радость, и даже непреднамеренные беременности, которые вызывают страх и ужас, могут в конечном счете привести к появлению детей, которых любят и которые являются источником счастья. Необходимо твердо заявить, что любой ребенок, рожденный в результате непреднамеренной беременности, независимо от обстоятельств, является личностью с присущими ей ценностями, достоинством и правами человека, которые необходимо соблюдать. Ни один из этих пунктов не противоречит тому факту, что непреднамеренная беременность может привести к каскадным последствиям для отдельных лиц и семей, которые с ней сталкиваются.

Таким образом, вместо того чтобы расследовать последствия непреднамеренной беременности, нам следует обратиться прежде к повышению возможностей выбора или отказу в выборе до беременности. В этой главе предпринята попытка рассмотреть эти вопросы: в чем разница между миром, в котором беременность является результатом преднамеренного, осознанного выбора, и нашим нынешним миром, в котором почти половина всех беременностей происходит без полного желания? Каковы последствия потери телесной автономии, когда дело доходит до беременности? В полной ли мере общества, допускающие высокий уровень непреднамеренной беременности, оценивают потенциал женщин, выходящий за рамки их репродуктивных возможностей?

Альтернативные издержки, сформулированные таким образом, не могут быть полностью рассчитаны. Но существуют также конкретные и поддающиеся количественной оценке способы, с помощью которых исследователи стремились понять некоторые издержки: затраты системы здравоохранения на непреднамеренную беременность, независимо от того, наступает ли она в нужное время или нет; затраты с точки зрения экономического и образовательного вклада и возможностей

женщин; и потенциальные сложные риски для психического и физического здоровья как матерей, так и детей. Существуют также риски среди тех, кто решает прервать беременность, особенно в местах с ограничительными законами об абортах, где женщины прибегают к небезопасным абортам, часто сталкиваясь с предотвратимой материнской заболеваемостью и даже смертностью.

Эти меры являются лишь отправной точкой, но они начинают жизненно важный процесс более четкого определения того, как общество и экономика формируются в результате беременности женщин, которые не хотели или не планировали ее.

## Считая неисчислимым

Существует множество гипотез о последствиях непреднамеренной беременности, которые нелегко доказать или опровергнуть. Некоторые предположили, например, что более высокие показатели непреднамеренных рождений могут привести к повышению уровня преступности или усилению стресса в семье (Yazdkhasti and others, 2015). Это спорные и провокационные моменты, отражающие реальную напряженность в сообществах и семьях, которая может быть следствием непреднамеренной беременности. Существуют и другие неисчислимы издержки, такие как стигматизация незамужних женщин, последствия которой могут длиться всю жизнь, даже для нескольких поколений.

Одним из примеров быстрого умножения последствий, которые трудно подсчитать, являются последствия, которые часто испытывают подростки и молодые люди, пережившие непреднамеренную беременность. Девочке, возможно, придется бросить школу (либо потому, что школа не позволит ей посещать ее, и/или потому, что ей нужно заботиться о своем ребенке). Возобновить учебу в школе сложно, а иногда и невозможно, и лишь в немногих школах созданы благоприятные условия для грудного вскармливания, ухода за детьми или гибкого графика (Human Rights Watch, 2018). Имея неполное образование, девушка сталкивается



с ограниченными возможностями трудоустройства и заработка. Если ребенок рожден вне брака, это может означать дискриминацию для нее и ее ребенка (Human Rights Watch, 2018).

Исследователи в подавляющем большинстве признают эти ограничения. «Реальный ущерб качеству жизни неисчислим, — отмечают авторы обзора литературы 2015 года, в котором рассматриваются различные негативные последствия непреднамеренной беременности (Yazdkhasti and others, 2015). — Непреднамеренная беременность приводит к целому ряду неблагоприятных последствий... которые не имеют ничего общего с государственными балансами... В целом, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что непреднамеренная беременность является одной из наиболее серьезных проблем, стоящих перед системой общественного здравоохранения, и налагает значительные финансовые и социальные издержки на общество» (Yazdkhasti and others, 2015).

### **Считая то, что можно подсчитать**

#### ***Участие в рабочей силе и потенциальный доход***

Несмотря на проблемы, существуют отдельные способы, с помощью которых можно измерить некоторые последствия непреднамеренной беременности.

Например, одно исследование, проведенное в Соединенных Штатах, показало, что незапланированные роды сокращают участие в рабочей силе на целых 25 процентов. В исследовании была предпринята попытка учесть последствия нежелательных родов, а также несвоевременных родов, например, когда женщина намеревалась забеременеть в 28 лет, но вместо этого забеременела в 25 лет (Nuevo-Chiquero, 2014). Было установлено, что финансовое воздействие непреднамеренной беременности на благосостояние семьи в семьях с низким

## **Непреднамеренная беременность способствует нарушениям прав человека**

За исключением беременностей, наступающих в результате сексуального насилия и различных форм принуждения к репродуктивной функции, большинство непреднамеренных беременностей не являются прямым результатом нарушений прав человека. Но эти беременности могут привести к последствиям, которые делают женщин и девочек уязвимыми для нарушений прав человека. Среди признанных негативных последствий непреднамеренная беременность связана с задержкой дородового ухода и, следовательно, потенциально худшими последствиями для здоровья беременной женщины (Khan and others, 2019) и, если она сохранит беременность, с преждевременными родами (Orr and others, 2000). Беременность, непреднамеренная или нет, может привести к вынужденному уходу из школы (Human Rights Watch, 2018a) или дискриминации в сфере занятости (ILO, 2012). Эта дискриминация, в свою очередь, может усугубить и без того нестабильные социально-экономические условия, которые в первую очередь могут лежать в основе непреднамеренной беременности (Aiken and others, 2015). В крайних случаях внебрачная беременность может повлечь за собой уголовное наказание (Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, 2013) или смертные приговоры, внесудебные казни, такие как так называемые «убийства в защиту чести», или самоубийства (UN HRC, 2012; Mansur and others, n.d.).

**Здравоохранение, образование, занятость и недискриминация защищены международными документами по правам человека;** когда непреднамеренная беременность ставит под угрозу и ограничивает осуществление этих прав женщинами и девочками, правительства, самостоятельно или в партнерстве с неправительственными организациями на национальном и международном уровнях, должны принимать все меры посредством законодательства, политики, программ, бюджетов, администрации для уважения, защиты и осуществления этих прав (UN ECOSOC, 1990).

уровнем дохода намного выше, чем в семьях с более высоким уровнем дохода, которые в меньшей степени зависят от заработной платы, имеют сбережения и другие активы, на которые можно положиться (Nuevo-Chiquero, 2014).

### **Затраты для системы здравоохранения**

Также можно рассчитать экономическое бремя таких событий, как уход во время беременности или после аборта. Но есть одно предостережение: нельзя просто взять стоимость медицинских услуг в долларах для каждой женщины, столкнувшейся с непреднамеренной беременностью, а затем сравнить ее с женщинами, у которых вообще не было беременности. Многие непреднамеренные беременности скорее несвоевременны, чем нежелательны, а это означает, что одна и та же женщина все равно могла понести расходы на медицинское обслуживание, связанные с беременностью, но при других обстоятельствах. Но если предположить, что женщины предпочли бы создать или расширить семью в экономически здоровых условиях, мы можем получить некоторое представление о затратах.

Исследователи в Соединенных Штатах обнаружили, что непреднамеренная беременность среди малообеспеченных и обедневших женщин приводит к очень высоким расходам на государственные нужды: «Государственные расходы на непреднамеренную беременность по всей стране в 2010 году составили 21,0 миллиарда долларов» (Sonfield and Kost, 2015). Тем временем такие расходы в Соединенных Штатах продолжают расти. Исследователи также оценили потенциальную валовую экономию, которая могла бы быть достигнута в случае, если бы беременности были предотвращены, — около 15,5 миллиарда долларов (Sonfield and Kost, 2015).

В исследовании, посвященном данным Бразилии за 2010 год, было подсчитано, что общие расходы на непреднамеренную беременность в этой стране составили

примерно 2,33 миллиарда долларов США (по обменному курсу 2010 года). Эти расходы были разделены на небольшую долю расходов на уход после выкидыша (0,8 процента), прямые расходы на роды при непреднамеренной беременности (30 процентов) и расходы на оплату любых осложнений у новорожденных, возникших в результате непреднамеренной беременности (около 70 процентов). Исследователи исключили затраты на любые искусственные аборты и не включили затраты на материнскую заболеваемость и отсутствие работы (Le and others, 2014).

Эти оценки относятся к конкретной стране и ограничены в масштабе. Расчет аналогичных затрат по всему миру или по регионам был бы сопряжен с трудностями, при этом не существует согласованной методологии измерения затрат или определения того, какие затраты следует измерять. Тем не менее, очевидно, что расходы на беременность и роды крайне высоки.

Другие траты, которые являются косвенным результатом непреднамеренной беременности, связаны с проведением абортов и уходом после аборта. Институт Гутмахера провел обширное исследование этих цифр. Его последний доклад *Adding it up* показывает, что ежегодно страны с низким и средним уровнем дохода тратят 2,8 миллиарда долларов на аборты и уход после аборта. Эти расходы были бы сокращены почти вдвое, до 1,5 миллиарда долларов, если бы потребности в противозачаточных средствах в этих странах были полностью удовлетворены (Sully and others, 2020).

### **Воздействие на психическое здоровье**

Бывает сложно разобраться в причинах и следствиях, когда речь заходит о непреднамеренной беременности и психическом здоровье, потому что и то, и другое является движущей силой и обусловлено многими из тех же уязвимостей. Насилие со стороны интимного партнера, например, может привести к потере свободы воли, что приводит к непреднамеренной беременности, а также ухудшает психическое здоровье и





© UNFPA/Fidel Évora

благополучие (Gipson and others, 2008). Тем не менее, ряд исследований пытались выяснить эти отношения, и в совокупности они убедительно доказывают, что непреднамеренная беременность часто является причиной депрессии и ухудшения психологического благополучия.

### ***Послеродовая депрессия***

Недавний мета-анализ, охватывающий 30 исследований и более 65 000 участников, показал, что женщины, которые забеременели непреднамеренно, подвергались значительно более высокому риску развития послеродовой депрессии, чем женщины, которые забеременели по собственному выбору; соотношение составило 1,53 (Qiu and others, 2020). Эта корреляция была выявлена в многочисленных исследованиях в разных странах и регионах мира (Steinberg and others, 2020; Brito and others, 2015).

Что касается стран с высоким уровнем дохода, то в одном 21-летнем продольном исследовании в Австралии рассматривались факторы, связанные с родами, которые влияли на депрессию. Среди женщин, участвовавших в исследовании, 21 процент испытывали «обостряющуюся» депрессию в какой-то момент после родов. Наиболее заметными признаками депрессии были конфликты в отношениях

с партнерами, беспокойство и стресс во время беременности, наличие множества симптомов беременности и плохое общение в социальных сетях; менее заметным фактором, но все же статистически значимым, была неопределенность в отношении желательности рождения ребенка (Kingsbury and others, 2015).

Женщины, которые хотят, но не могут сделать аборт, подвергаются особому риску. Когортное исследование 2011 года в Бразилии изучало депрессию среди 1057 женщин и выявило более высокую частоту послеродовой депрессии среди женщин, которые безуспешно пытались прервать беременность, по сравнению с группой сравнения женщин, которые не пытались сделать аборт; эта взаимосвязь сохранялась после учета других потенциальных факторов послеродовой депрессии, таких как психическое здоровье до беременности (Ludermir and others, 2011). Аналогичным образом, проведенный в 2017 году анализ продольных данных в Соединенных Штатах показал, что женщины, которым было отказано в аборте, подвергались большему риску неблагоприятных психологических последствий, чем женщины, которым удалось сделать аборт (Biggs and others, 2017).

## Исследование отказов

Знаковое исследование в Соединенных Штатах — «Исследование отказов» — было разработано для того, чтобы понять, как беременные люди, которым было отказано в аборте, жили с течением времени по сравнению с теми, кто сделал аборт (Foster, 2020). В течение пяти лет наблюдалось около 950 женщин, обратившихся с просьбой об аборте, некоторым из которых отказали, потому что они обратились с просьбой об аборте после того, как прошли допустимые для аборта сроки. «Мы не находим никаких доказательств того, что аборт вредит женщинам... Женщины, которые сделали аборт, находились в таком же, либо, чаще всего, в лучшем положении, чем женщины, которым было отказано в аборте», — сказали исследователи. Сюда относилось их физическое здоровье, их занятость и финансовое положение, а также их психическое здоровье. Исследование также показало, что у женщин, перенесших аборт, «было больше шансов на желаемую беременность и на положительные романтические отношения в будущем».

Из тех женщин, участвовавших в исследовании, которым было отказано в аборте, две умерли от причин, связанных с родами, а другие испытали осложнения при родах с усилением хронической боли и гипертонии, а также ухудшением общего состояния здоровья в течение многих лет. В период сразу после того, как им было отказано в аборте, многие женщины сообщали о повышенной тревожности и снижении самооценки. Женщины, которым было отказано в аборте, были неспособны освободиться от партнеров, применяющих насилие, и многие сообщали об экономических трудностях.

Это основополагающее исследование и десятки научных работ, полученных в результате него, привлекали большое внимание на протяжении многих лет благодаря новаторскому дизайну исследования и результатам, доказывающим, что аборт не только не был вредным, но и привел к улучшению благосостояния многих женщин. «Женщины понимают широкие последствия вынашивания непреднамеренной беременности до срока», — заявила ЮНФПА профессор Диана Грин Фостер, ведущий исследователь проекта. «Все их проблемы — финансы, здоровье, обязанности и планы на будущее — это области, в которых женщины, которые не смогли сделать желаемый аборт, демонстрировали худшие результаты, чем те, кто его сделал».

## Последствия для физического здоровья

### *Риски, связанные с непреднамеренными родами*

Хотя связь между непреднамеренной беременностью и риском материнской заболеваемости и смертности остается недостаточно изученной, корреляции были обнаружены в существующей литературе (Tsui and others, 2010; Gipson and others, 2008; Mohllajee and others, 2007) и дополнительно указаны в оригинальном анализе,

предложенном в Главе 2 этого доклада. Одной из причин связи между непреднамеренной беременностью и более высокой материнской смертностью является простая корреляция: чем больше число беременностей и родов, тем больше число женщин, которые умирают во время беременности и родов. Вот почему каждая программа общественного здравоохранения, направленная на сокращение числа случаев материнской смертности, включает контрацепцию в качестве одного из основных направлений деятельности. Чем больше удастся сократить число непреднамеренных беременностей, тем больше



удастся уменьшить число женщин, получающих травмы или умирающих по причинам, связанным с материнством.

Вторая причина влияния непреднамеренной беременности на материнскую смертность заключается в том, что, как было исследовано в нескольких контекстах, характеристики, которые подвергают женщин большому риску непреднамеренной беременности, такие как бедность, отсутствие доступа к медицинским услугам, более низкий уровень образования и т. д., также подвергают их большому риску осложнений при родах, включая материнскую смертность и заболеваемость. Это относится и к пожилым женщинам, и к женщинам с более высоким числом родов (Bauserman and others, 2020; Gipson and others, 2008; Campbell and Graham, 2006).



© UNFPA/Fidel Évora

Кроме того, анализ данных DHS по нескольким странам показал, что женщины с непреднамеренной беременностью, как правило, начинают получать родовую помощь позже и в среднем совершают меньше родовых визитов к врачу, чем женщины, чья беременность была запланированной (Amo-Adjei and Tuoyire, 2016). Некоторые исследования, проведенные в развивающихся странах, показали, что непреднамеренная беременность связана с такими состояниями, как преэклампсия, послеродовое кровотечение и послеродовая преэклампсия. Так было в крупномасштабном исследовании в Индии, где распространенность этих состояний рассматривалась как способствующая высоким показателям материнской смертности (ПММ) в штате Уттар-Прадеш (Dehingia and others, 2020); это исследование показало, что связь между непреднамеренной беременностью и исходами материнской заболеваемости частично объясняется более низким уровнем родовой помощи, которую матери с непреднамеренной беременностью получали до родов (Dehingia and others, 2020).

Среди матерей-подростков риски для здоровья часто еще выше. Беременные подростки в возрасте от 10 до 19 лет подвергаются более высокому риску эклампсии, послеродового эндометрита и системных инфекций, чем женщины в возрасте от 20 до 24 лет (WHO, 2020a). Во всем мире основной причиной смертности среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет являются осложнения при беременности и родах (WHO, 2019).

Тем не менее, трудно установить прямую причинно-следственную связь, поскольку многие факторы, влияющие на здоровье матери (включая бедность, отсутствие образования и отсутствие доступа к медицинским учреждениям), являются факторами, которые также влияют на более высокие показатели непреднамеренной беременности. Это подтверждает выводы Главы 3 о том, что снижение уровня непреднамеренной беременности тесно связано с достижением общих целей в области развития, особенно тех, которые касаются здравоохранения, образования и гендерного равенства.

### **Риски, связанные с небезопасным абортом**

Одно из негативных последствий непреднамеренной беременности выделяется своей четкой причинно-следственной связью с плохим состоянием здоровья матерей и его огромными масштабами во всем мире: небезопасный аборт. По оценкам исследователей, из примерно 121 миллиона непреднамеренных беременностей, наступавших ежегодно в период с 2015 по 2019 год, около 61 процента закончились абортом

(Bearak and others, 2020). Каждый год, по оценкам, происходит 73,3 миллиона абортов, и это соответствует показателю 39 абортов на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет (Bearak and others, 2020). Данные за 2010–2014 годы свидетельствуют о том, что примерно 45 процентов всех абортов, проводимых во всем мире, являются небезопасными (Ganatra and others, 2017).

Почти все небезопасные аборты происходят в развивающихся странах, причем более половины всех предполагаемых небезопасных

### **Контрацепция и безопасный аборт являются ключевыми инструментами предотвращения материнской смертности**

Исследователи из Института Гутмаера подсчитали, что полное удовлетворение потребностей женщин в средствах контрацепции в странах с низким и средним уровнем дохода и предоставление дородовой и неонатальной помощи на рекомендованных ВОЗ уровнях позволит сократить количество небезопасных абортов на 72 процента и снизить материнскую смертность на 62 процента (Sully and others, 2020). Хотя эти улучшения в значительной степени способствовали бы снижению смертности и заболеваемости, значительное число предотвратимых материнских травм и смертей почти наверняка будет по-прежнему происходить в условиях, где существуют препятствия для безопасного аборта. Это связано с тем, что, как обсуждалось в предыдущих главах, в нынешних реальных условиях невозможно полностью исключить риск непреднамеренной беременности.

Сократить количество небезопасных абортов на 72%

Когда аборт проводится в качественном медицинском учреждении квалифицированными медицинскими работниками, риск осложнений намного ниже, чем риск, связанный с родами в результате непреднамеренной беременности (Gerdtz and others, 2016) и рождения в целом (Raymond and Grimes, 2012). Медикаментозный аборт — вариант аборта на ранних сроках беременности, который может быть предоставлен в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, с помощью телемедицины или самостоятельного лечения — предлагает вариант безопасного аборта (Gambir and others, 2020) в случае, если метод применен правильно и на ранних сроках беременности. Но доступность медикаментозного аборта ограничена во многих странах с низким и средним уровнем дохода, где аборты разрешены законом (Zhou and others, 2020). Эффективное устранение катастрофического вреда небезопасных абортов требует всестороннего улучшения услуг по прерыванию беременности, включая оснащение медицинских работников необходимыми навыками и обеспечение гигиеничности и конфиденциальности медицинских учреждений, а также доступности и низкой стоимости необходимых материалов — условий, которые могут быть выполнены с помощью правил общественного здравоохранения и инвестиций. Это одна из причин, по которой ВОЗ и различные органы по правам человека рекомендовали устранить правовые барьеры для безопасного аборта, особенно в тех случаях, когда здоровье и жизнь находятся под угрозой (UN CCPR, 2019; WHO, 2015).



абортов происходит в Азии, большинство из них в Южной и Центральной Азии, учитывая плотность населения в этих районах. С другой стороны, доля небезопасных аборт выше в других частях мира: три из четырех абортов, произошедших в Африке и Латинской Америке, были небезопасными, а риск смерти от небезопасного аборта был самым высоким в Африке (Ganatra and others, 2017).

Небезопасный аборт является одной из ведущих причин материнской смертности во всем мире (Say and others, 2014). Как подчеркивалось, по оценкам, от 4,7 до 13,2 процента случаев материнской смертности ежегодно можно отнести на счет небезопасных абортов (WHO, 2020). Это становится постоянным препятствием на пути к достижению ЦУР 3, в частности подрывая задачу 3.1 по сокращению глобального уровня материнской смертности до 70 на 100 000 живорождений к 2030 году.

Еще большее число женщин сталкиваются с болезнями и инвалидностью из-за последствий небезопасного аборта; данные за 2012 год показывают, что по этой причине в развивающихся странах ежегодно в больницы поступает около 7 миллионов женщин, а ежегодные расходы на лечение серьезных осложнений, вызванных небезопасным аборт, оцениваются в 553 миллиона долларов США (WHO, 2020).

Материнская заболеваемость является как краткосрочным, так и долгосрочным последствием небезопасного аборта. В двух недавних исследованиях ВОЗ были рассмотрены результаты более 20 000 небезопасных абортов в странах Африки к югу от Сахары и Латинской Америки и Карибского бассейна; небольшой процент из них привел к «почти смерти» или смерти беременной женщины (2,3 процента в Африке и 1,3 процента в Латинской Америке), в то время как опасные для жизни осложнения затронули 7 процентов африканских женщин и 3,1 процента женщин в Латинской Америке (Qureshi and others, 2021; Romero and others, 2021). Примерно у половины обследованных женщин наблюдались по меньшей мере умеренные осложнения, потенциально влияющие на их здоровье в течение многих



© UNFPA/Fidel Évora

лет (58,2 процента в Африке и 49,5 процента в Латинской Америке) (Qureshi and others, 2021; Romero and others, 2021). Исследование 2006 года показало, что заболеваемость и смертность от небезопасных абортов привели к потере 5 миллионов лет жизни с поправкой на инвалидность (показатель потери продуктивной жизни человека) в год среди женщин репродуктивного возраста, и исследователи предупредили, что даже эта ошеломляющая цифра, вероятно, занижена (Grimes and others, 2006). По любым стандартам эти цифры представляют собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения для миллионов уязвимых женщин репродуктивного возраста.

### **Воздействие на детей, рожденных в результате непреднамеренной беременности**

Как указывалось выше, многие исследования демонстрируют, что непреднамеренная беременность связана с несвоевременным использованием дородовой помощи и/или снижением частоты оказания медицинской

**Негативных последствий непреднамеренной беременности можно было бы избежать, если бы женщины в такой ситуации были наделены полномочиями в первую очередь делать сознательный и обдуманный выбор в отношении своей фертильности и репродуктивного будущего.**

помощи. Дородовые визиты не только являются важным медицинским вмешательством для женщин; они также снижают риск неонатальной смерти (Wondemagegn and others, 2018) и улучшают, среди прочих показателей, питание ребенка (WHO, 2016).

Исследования, проведенные в западных странах, показывают, что незамужние женщины, которые сообщили, что их беременность была непреднамеренной, значительно реже посещали дородовой уход в течение первых восьми недель беременности, и в два раза чаще обращались за дородовой помощью только после окончания первого триместра (Vanden Broek and others, 2016; Heaman and others, 2013; Korenman and others, 2002; Kost and others, 1998). Большинство, но не все, исследований в развивающихся странах также показывают, что непреднамеренная беременность влияет как на сроки первых посещений дородовой помощи, так и на их частоту. Например, в исследованиях DHS, проведенных в нескольких странах (Aho-Adjei and Tuoyire, 2016), а также в исследованиях в Египте, Перу и на Филиппинах (Gipson and others, 2008) было установлено, что

нежелательная беременность приводит к более поздним и редким посещениям врача с целью получения дородовой помощи.

Непреднамеренная беременность может негативно повлиять на показатели грудного вскармливания, практику, рекомендованную ВОЗ для повышения выживаемости детей и содействия здоровому росту (WHO, 2021a). Десятилетия исследований в Европе и Соединенных Штатах показывают, что дети, рожденные в результате непреднамеренной беременности, с меньшей вероятностью вообще будут находиться на грудном вскармливании или с большей вероятностью будут находиться на грудном вскармливании в течение более короткого периода (Gipson and others, 2008). Некоторые исследования показали, что даже среди братьев и сестер в одной семье те, кто появился в результате запланированной беременности, с большей вероятностью находились на грудном вскармливании (Korenman and others, 2002). Один анализ данных DHS из 18 стран показал, что в целом у женщин с непреднамеренной беременностью вероятность продолжения грудного вскармливания после одного года на 10 процентов ниже, хотя эта закономерность отличалась в разных странах (Hromi-Fiedler and Pérez-Escamilla, 2006).

Дети, рожденные в результате непреднамеренной беременности, также могут оказаться в невыгодном положении с точки зрения вакцинации, болезней и лечебного ухода; некоторые исследования подтвердили такую связь (Gipson and others, 2008); однако здесь основную роль играет конкретная ситуация.

Было проведено множество исследований, посвященных вопросу о том, имеют ли дети, рожденные в результате непреднамеренной беременности, более высокую вероятность низкого веса при рождении, что является важным показателем благополучия младенцев, по сравнению с детьми, родившимися в результате запланированных родов, и существуют ли долгосрочные последствия для незапланированных детей, включая недоедание и задержку роста. Результаты были неоднозначными, причем некоторые из них



не выявили никакой взаимосвязи (Bitto and others, 1997). Исследования DHS показали, что незапланированные дети подвергаются статистически значимо более высокому риску не получить всей вакцинации младенцев в возрасте до 1 года в Египте, Кении и Перу, но не в Боливии и на Филиппинах (Marston and Cleland, 2003). Тот же анализ показал, что дети, родившиеся в результате непреднамеренной беременности, чаще страдали от задержки роста в Перу и Боливии, однако в Египте подобного не наблюдалось (Marston and Cleland, 2003).

Другие исследования показали связь между непреднамеренной беременностью и низким весом при рождении и задержкой роста. В серии исследований в Бангладеш, например, исследователи обнаружили, что «у женщин, которые сообщили о своей беременности как о непреднамеренной, вероятность рождения ребенка с низким весом при рождении в 3,19 раза выше, чем у женщин с преднамеренной беременностью» (Rahman and others, 2019) и «намерения матери забеременеть связаны с задержкой роста, истощением и недостаточным весом» (Rahman, 2015). В Боливии и Эфиопии дети, родившиеся в результате непреднамеренной беременности, подвергались примерно в три раза большему риску задержки роста (Shaka and others, 2020; Shapiro-Mendoza and others, 2005). Некоторые дети могут сталкиваться с особыми неблагоприятными условиями, например, девочки в обществах, где предпочтение отдается сыновьям, или младшие дочери в обществе, где приданое является обычным явлением (Gipson and others, 2008).

Одной из причин расхождений между исследованиями является проблема определения, которая неоднократно возникала в этом докладе: в некоторых исследованиях термины «непреднамеренный» и «нежелательный» использовались взаимозаменяемо, когда на самом деле после «нежелательной» беременности можно было наблюдать больше негативных последствий, чем после «неожиданной, но все еще желанной» или «несвоевременной» беременности. Установление таких различий крайне сложно и влияет на результаты исследования. Установить причинно-следственную связь еще сложнее.

Исследователи в исследовании в Бангладеш предположили, что стресс, связанный с непреднамеренной беременностью, повлиял на результаты родов (Rahman and others, 2019), в то время как другие исследования предполагают, что дети, рожденные в результате «нежелательной» беременности, могут воспитываться в менее благоприятных условиях.

Следует отметить, что другие факторы также в значительной степени связаны с этими различными воздействиями на здоровье детей. Предикторы задержки роста в Эфиопии, например, включали уровень образования отца и другие факторы (Shaka and others, 2020). Как и в случае с результатами в области охраны материнства, бывает трудно выявить причинно-следственные связи. Тем не менее, очевидно, что многие факторы, которые ограничивают свободу действий женщины, включая бедность и уровень образования, также, как известно, способствуют ухудшению состояния здоровья матерей, младенцев и семей.

Вывод из этих исследований, часто не озвученный, состоит в том, что негативных последствий непреднамеренной беременности можно было избежать, если бы женщины в такой ситуации были наделены полномочиями в первую очередь делать сознательный и обдуманный выбор в отношении своей фертильности и репродуктивного будущего. Мир без непреднамеренной беременности, конечно, не был бы свободен от всех негативных последствий, но, предоставляя женщинам возможность полного выбора, общество могло бы значительно смягчить эти обстоятельства и сопутствующие им издержки, одновременно поощряя человеческое достоинство, права и свободу действий на благо всех. Важным шагом в этом направлении станет расширение исследований многочисленных поддающихся учету и неисчислимым последствиям непреднамеренной беременности, в том числе тех, которые были указаны выше, для лучшего понимания часто скрытых издержек этого запущенного кризиса.

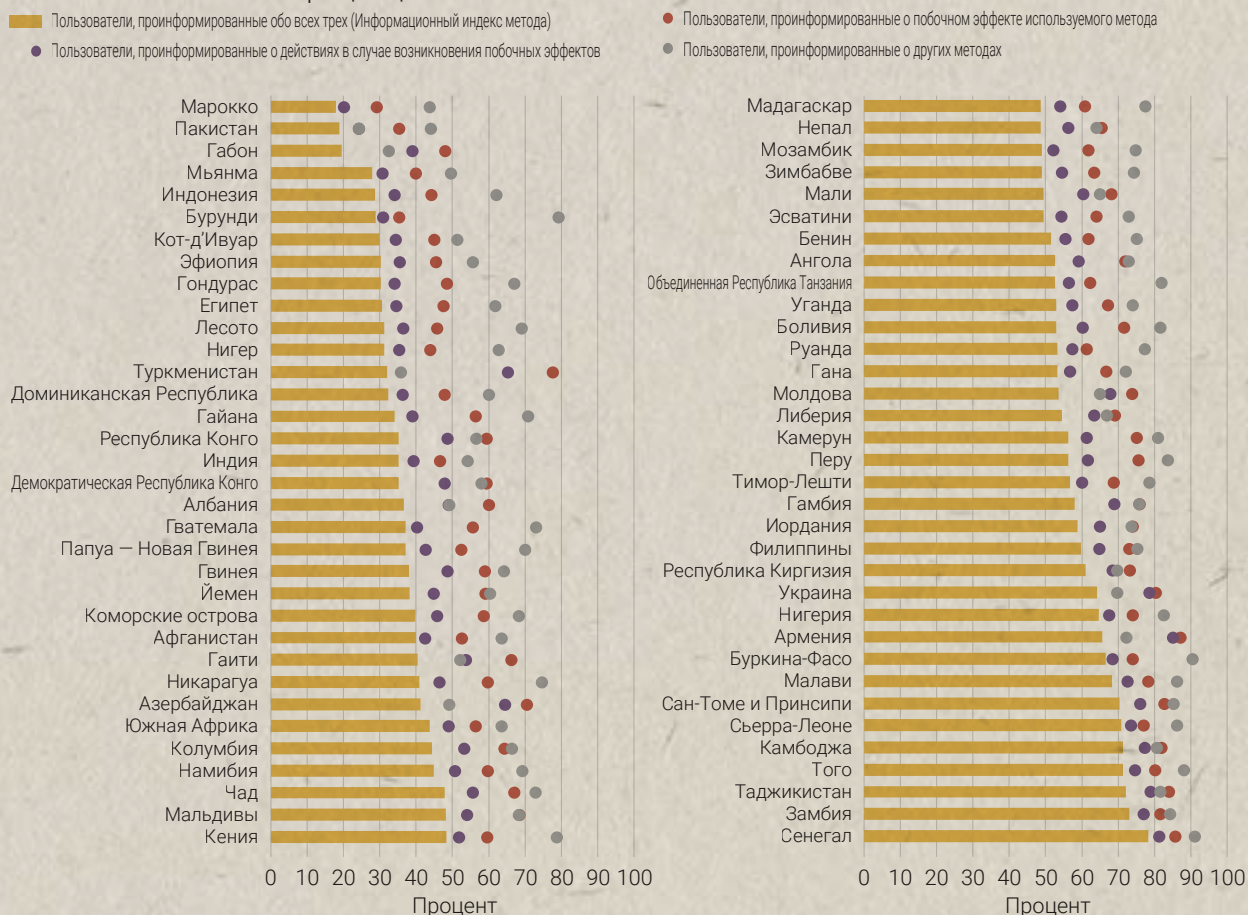
# Где и как удовлетворяются потребности в противозачаточных средствах: анализ программ ЮНФПА по планированию семьи

Совместно с Avenir Health ЮНФПА анализирует потребности в противозачаточных средствах и использует информацию из стран, где ЮНФПА осуществляет программы планирования семьи и по которым имеются данные. Эти данные используются не только для разработки и усиления мер осуществления программ, но также для иллюстрации реальных условий, влияющих на применение противозачаточных средств.

## Качество медицинского обслуживания

Значительная доля женщин, использующих современные противозачаточные средства, сообщили о том, что получаемой информации о методах и побочных эффектах недостаточно.

**ДИАГРАММА 9** Пользователи, получающие ключевую информацию о методах контрацепции



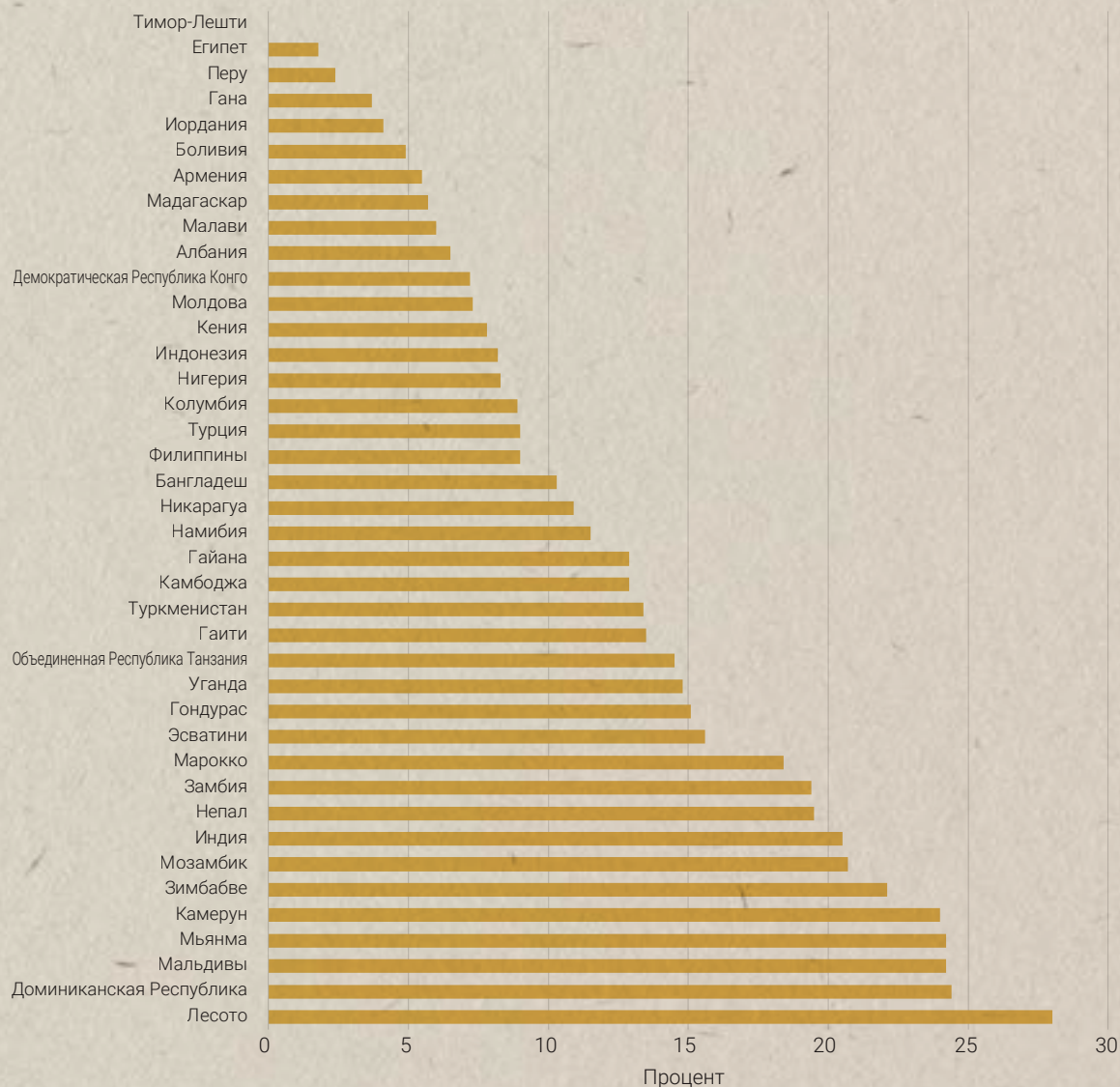
Источник: ICF, 2015. Программа DHS STATcompiler, statcompiler.com. Дата обращения: 10 февраля 2022 года (данные национальных обследований за период 2000–2020 годов: женщины, которые начали использовать новый метод контрацепции в течение 5 лет до даты опроса).



## Пользователи, не проинформированные о том, что стерилизация является постоянным методом

В некоторых обследованных странах значительная доля женщин, согласившихся на стерилизацию, не была проинформирована о том, что процедура необратима (данные национальных обследований за период 2000–2017 годов). Отсутствие информированного согласия является сигналом о том, что консультации по вопросам контрацепции недоступны или что они не предоставляют информацию в понятной для пользователей форме.

**ДИАГРАММА 10** Пользователи услуги женской стерилизации, не проинформированные о том, что этот метод является постоянным



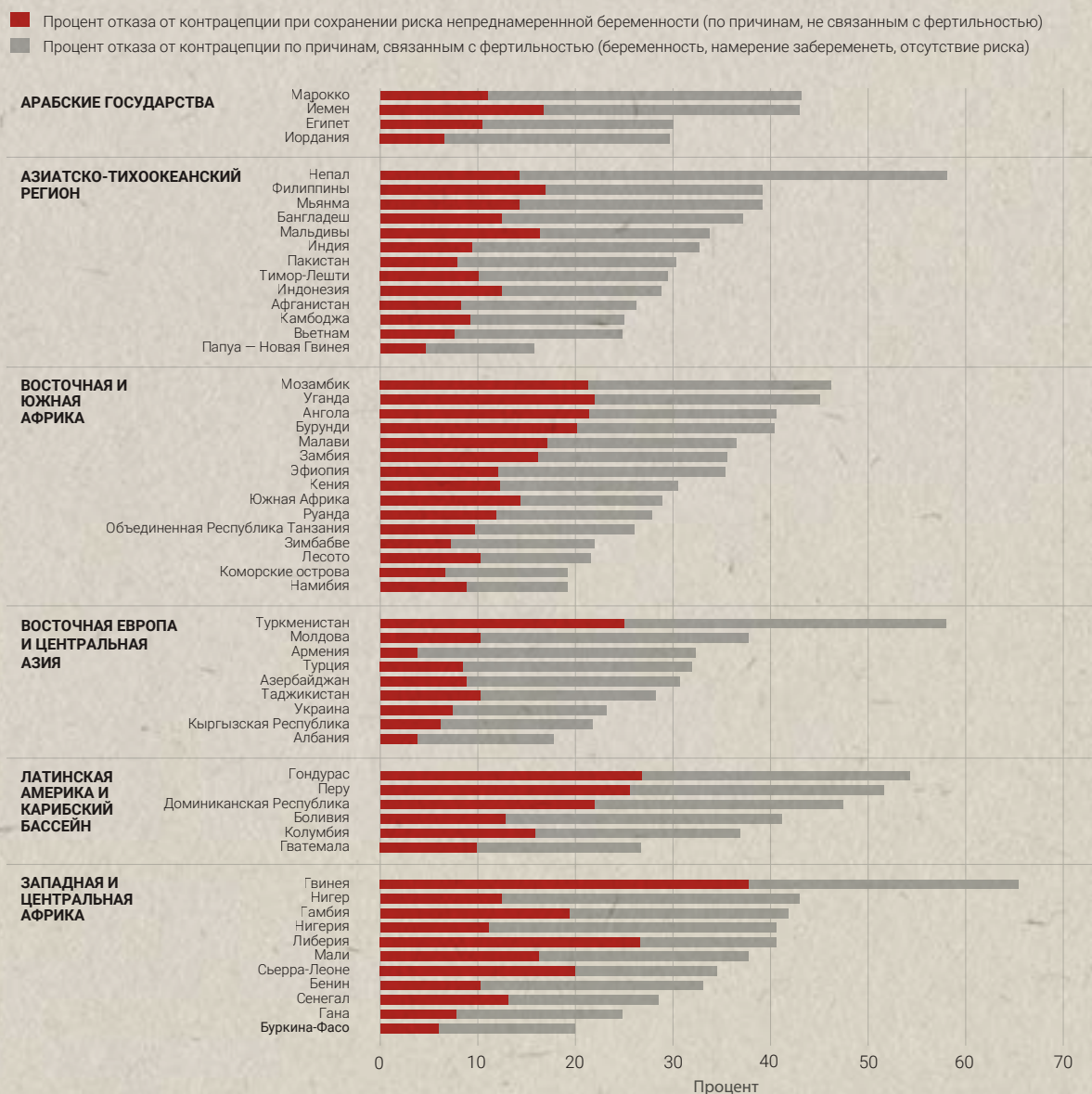
**Источник:** ICF, 2015. Программа DHS STATcompiler, statcompiler.com. Дата обращения: 10 февраля 2022 года (данные национальных обследований за период с 2000 по 2017 год).



## Прекращение приема контрацепции

Качество медицинской помощи, отсутствие доступных методов, побочные эффекты, стигматизация и другие факторы приводят к тому, что пользователи прекращают использовать метод контрацепции, даже если они все еще не хотят забеременеть. В местах с высокими показателями прекращения использования методов необходим дальнейший анализ, чтобы понять причины прекращения и возможности пользователей перейти на другие надежные методы.

**ДИАГРАММА 11** Пользователи, отказывающиеся от противозачаточных средств, несмотря на риск непреднамеренной беременности, по регионам ЮНФПА



Источник: ЮНФПА и Avenir Health. База данных о возможностях планирования семьи, обновлена в октябре 2021 года (в печати). Составлено на основе данных DHS.



## Сексуально активная молодежь, не вступившая в брак

Молодые люди, не состоящие в браке и периодически ведущие половую жизнь, часто не учитываются в оценках на основе обследований неудовлетворенной потребности в современной контрацепции. Оценки о неудовлетворенной потребности включают только людей, не состоящих в браке, которые были сексуально активны в течение последних 30 дней, а в некоторых ситуациях на такие вопросы просят отвечать лишь тех, кто состоит в браке, или же таким лицам удобнее говорить на подобные темы.

Приведенный ниже график дает представление о потенциальной потребности в современной контрацепции среди молодых незамужних женщин и девочек (в возрасте от 15 до 24 лет); он учитывает тех, кто был сексуально активен в прошлом году, но не использовал современные методы контрацепции.

**ДИАГРАММА 12** Процент девочек-подростков и молодых женщин, не состоящих в браке, сексуально активных в течение последнего года и не использующих современные средства контрацепции, по регионам ЮНФПА

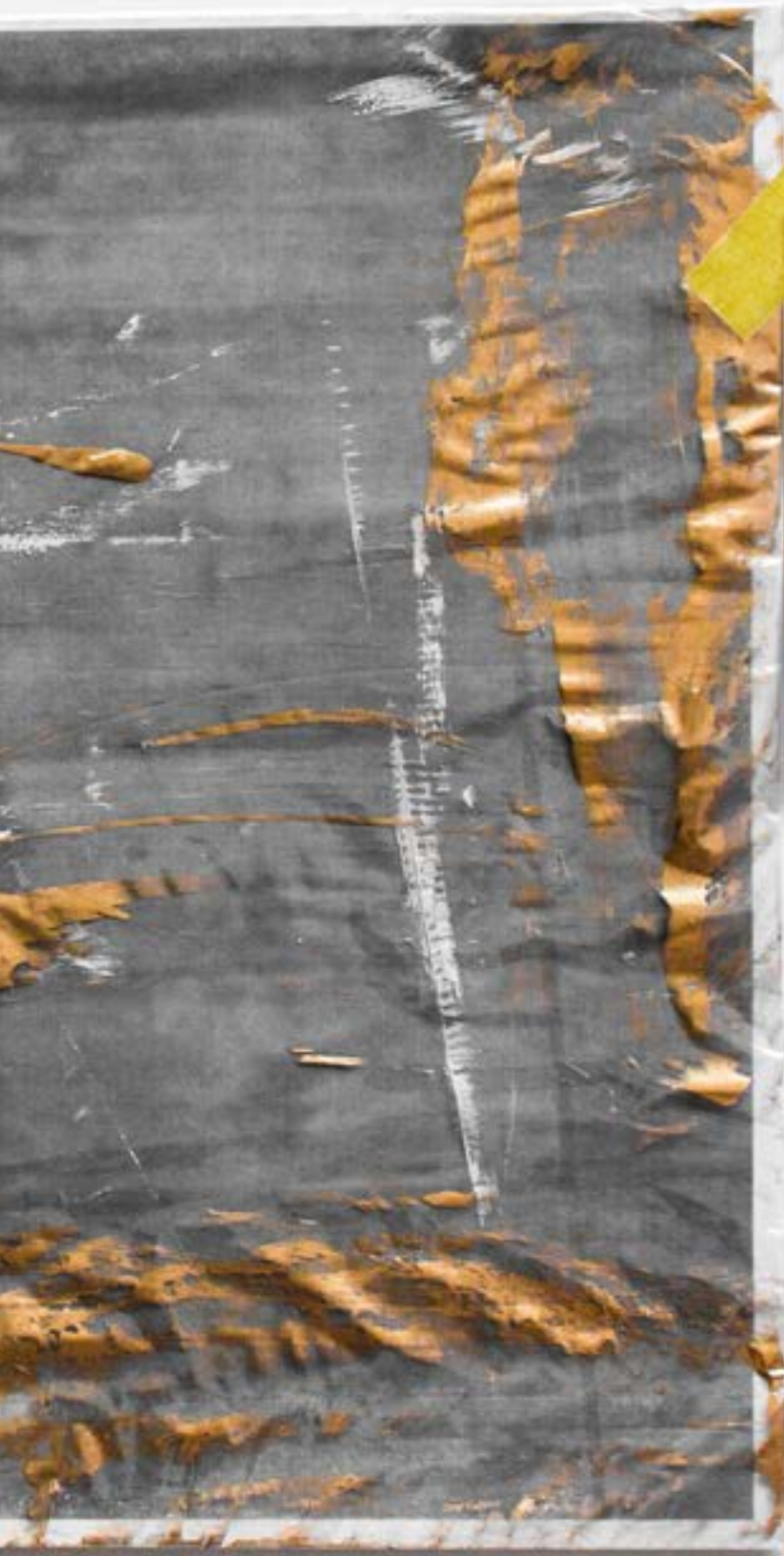


Источник: ЮНФПА и Avenir Health. База данных о возможностях планирования семьи, обновлена в октябре 2021 года (в печати).









**Возможность  
делать выбор  
является ключом  
к осуществлению  
Повестки дня  
на период до  
2030 года**

Факты, изложенные в этом докладе, заслуживают повторения: *непреднамеренная беременность ежегодно становится реальностью для миллионов людей, а на ее долю приходится почти половина всех беременностей. Каждый год примерно 6 процентов женщин сталкиваются с непреднамеренной беременностью (Bearak and others, 2020). Шестьдесят процентов этих непреднамеренных беременностей заканчиваются абортом. Многие непреднамеренные беременности происходят из-за того, что женщина потеряла или никогда не имела права самостоятельно принимать решения в отношении своего собственного тела.*

В совокупности эти цифры недвусмысленно указывают на сохраняющийся уровень гендерной дискриминации и на недостатки в области прав человека и развития. Эти проблемы необходимо решать для достижения ЦУР.

Последствия этих беременностей невидимы и оставались таковыми долго время. Хотя мы можем оценить расходы на здравоохранение, отслеживать показатели отчисления из школ и прогнозировать уровни сокращения рабочей силы из-за непреднамеренной беременности, результаты будут слишком поверхностными. Никакая цифра не может адекватно отразить потери жизни, здоровья и человеческого капитала в результате непреднамеренных беременностей. Поскольку население и сопутствующая ему потребность в услугах в области сексуального и репродуктивного здоровья, как ожидается, будут расти наиболее быстрыми темпами в наименее развитых странах (Starrs and others, 2018), эти потери потенциально могут увеличиться. COVID-19 преподал наглядные уроки о неспособности многих экономических, политических, социальных и других систем поддерживать сексуальное и репродуктивное здоровье и права наиболее уязвимых групп населения

**Решение многих мировых проблем лежит в реализации всех прав и полного потенциала женщин и девочек.**

(UNFPA, 2020c). Изменение климата способно резко ускорить целый ряд бедствий, наряду с продолжающимися и обостряющимися кризисами, такими как конфликты и перемещение населения.

И все же решение многих самых серьезных мировых проблем, скорее всего, лежит перед нами: это реализация всех прав и возможностей женщин и девочек.

Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года — это согласованная дорожная карта к лучшему будущему. Но, как показывает этот доклад, одним из ключей к обеспечению устойчивого развития для всех является свобода действий. Уделяя приоритетное внимание свободе воли и расширению прав и возможностей всех людей, особенно женщин, девочек и наиболее маргинализированных слоев населения, с тем чтобы они могли наконец осуществить реальный, осознанный выбор в отношении своего здоровья, тела и будущего, мы инициируем влиятельный, укрепляющий цикл достижений.

Но усилия по реализации возможности выбора должны быть всеобъемлющими, ориентированными на равенство и учитывающими гендерные аспекты (UNFPA, 2020). Они должны стремиться устранить коренные причины гендерного неравенства и ускорить распределение власти, ресурсов и возможностей между женщинами и мужчинами, между сильными и маргинализированными (UNFPA, 2020d). И эти усилия должны быть отражены в рамках экономических, политических и социальных систем, которые укрепляются за счет значимого участия женщин и ограничиваются их отчуждением.

Вот с чего нужно начать.

## **Переосмыслите дискурс**

Непреднамеренная беременность не должна рассматриваться исключительно как проблема женщин. Непреднамеренная беременность не должна рассматриваться как приемлемая, неизбежная или даже желательная, как это иногда предлагается в местах, где возникают



опасения по поводу сокращения численности населения. Дискурс не должен, как и прежде, основываться на вине и стыде.

Этот доклад предлагает как права человека, так и обоснование развития для отказа от таких понятий. Он показывает, как непреднамеренная беременность приводит к дополнительному социальному и финансовому бремени, в том числе из-за увеличения спроса на медицинскую помощь, небезопасных аборт, потери дохода и производительности, меньшего количества ресурсов для детей в семье и более напряженных и нестабильных семейных отношений (Sonfield and others, 2013). Эти факты могут и должны быть использованы для формирования политической воли и общественного импульса для более энергичного решения этой проблемы.

### **Обеспечение поддержки автономии политическими мерами**

Ни одна страна или сообщество не застрахованы от непреднамеренной беременности, которая остается распространенной как в богатых, так и в бедных странах, хотя мир уже давно обладает инструментами и знаниями (несовершенными, но в значительной степени эффективными) для их предотвращения. Настало время для политики всего мира рассмотреть этот вопрос в новых терминах и как можно быстрее. Доказательства, содержащиеся в этом докладе, могут быть использованы для содействия разработке политики — в области образования, здравоохранения, труда, правосудия и других областях, — которая основана на решительной поддержке индивидуальной телесной автономии и более широкой социальной ответственности (Macleod, 2016) в соответствии с обязательствами государств в области обеспечения прав человека.

Недавние шаги в Совете Организации Объединенных Наций по правам человека подают надежду на политическую подотчетность, которую можно усилить. В рамках Универсального периодического

**Настало время для политики всего мира рассмотреть этот вопрос в новых терминах и как можно быстрее.**

обзора, в ходе которого страны проверяют друг друга на предмет соблюдения прав человека, наблюдается рост числа вопросов, касающихся сексуальных и репродуктивных прав. Этот процесс мог бы привлечь внимание к проблеме нежелательной беременности и рекомендовать действия в соответствии с обязательствами в области прав человека.

Необходимо пересмотреть существующие законы и нормативные акты. Парламентский обзор непреднамеренной беременности, например, мог бы обеспечить возможности для привлечения внимания общественности и способствовать лучшему пониманию пробелов. В ходе обзора можно было бы выяснить, полностью ли действующие законы, нормативная политика и распоряжения исполнительной власти помогают отдельным лицам избегать непреднамеренной беременности. Это может привести к выявлению правовых барьеров, которые по-прежнему затрудняют или делают невозможным получение информации и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, таких как барьеры, связанные с возрастом или семейным положением. Это помогло бы выявить противоречия в действующем законодательстве, которые необходимо устранить.

Другие приоритеты могут включать изучение того, насколько хорошо финансируются услуги по контрацепции, и были ли они определены как основные медицинские услуги, которые необходимо поддерживать при любых непредвиденных обстоятельствах, то есть устранить проблему, недавно выявленную пандемией COVID-19. Эти обзоры могли бы помочь переориентировать общественный дискурс вокруг понятия сексуальности, которое выходит за рамки способности к воспроизводству (Luchsinger, 2021). Это создаст возможности для более широких услуг, направленных на сексуальное здоровье и благополучие, в том числе для людей, в чьи интересы не входит планирование семьи.

## Инвестиции в исследования

Причины и последствия непреднамеренной беременности все еще недостаточно хорошо изучены или измерены и, тем более, не устранены. Новые исследования должны привести к получению надежных фактических данных, например, о том, кто наиболее уязвим к непреднамеренной беременности и почему, а также о том, какими могут быть наиболее эффективные и основанные на правах ответные меры. Следует лучше определить различия между непреднамеренными, но желанными беременностями, теми, к которым относятся неоднозначно, и теми, которые нежелательны, чтобы полностью понять причины этих беременностей.

Исследователи должны спросить, чего хотят и в чем нуждаются потребители контрацептивов — вопросы, которые прежде задавались недостаточно широко или часто. Если доступные варианты не соответствуют реалиям жизни многих женщин или их представлениям о собственном теле, выбор перестает быть выбором. Этот процесс должен включать активные консультации с различными группами людей, которые могут забеременеть, для понимания их опыта и проблем. В нем следует рассмотреть предположения о том, что женщины, использующие противозачаточные средства, автоматически будут продолжать использовать то, что им уже было предоставлено. Он должен опровергнуть предубеждения о

том, что некоторые категории людей, такие как молодежь, пожилые люди, лица с инвалидностью, лица, состоящие в браке и лица с отличной гендерной идентичностью, не подвержены риску непреднамеренной беременности и не нуждаются в целенаправленных услугах. Новые данные, такие как процент мужчин, поддерживающих практику охраны репродуктивного здоровья своих партнеров, могут пролить свет на гендерную динамику в интимных местах, где начинается нежелательная беременность (Measure Evaluation, 2017).

В течение многих лет рынок контрацептивов считался почти не развивающимся, даже несмотря на то, что новые варианты, в том числе некоторые с меньшим количеством побочных эффектов или более подходящие для нечастого использования, находятся в стадии клинических испытаний (Svoboda, 2020). Недавний опыт с вакциной против COVID-19 демонстрирует силу государственных фондов исследований и разработок в продвижении крупномасштабного прогресса, и этот урок следует применить и в данной ситуации. Страны с большим государственным финансированием исследований и разработок должны взять на себя обязательство использовать различные новые методы контрацепции, в том числе для мужчин, на основе всеобъемлющей выборки потребностей пользователей. Пандемия также продемонстрировала вопиющее неравенство в доступе к достижениям в области здравоохранения. Поскольку государственное финансирование исследований и разработок поступает из государственных источников, таких как налогоплательщики, новые исследования в области контрацепции должны включать обязательство помочь всем странам получить доступ в соответствии с обязательствами в области прав человека.

## Медицинские услуги должны стать комплексными

Системы здравоохранения могут принять ряд мер для лучшей поддержки возможности выбора отдельных лиц. Наверху списка находится предоставление комплексного пакета услуг в области сексуального и репродуктивного



здоровья на протяжении всей жизни, решение вопросов от профилактики ИППП и дородового ухода до охраны материнства, предотвращения стигматизации и насилия, а также уважения к телесной автономии. Для оказания этих комплексных услуг не должно требоваться уведомление или согласие родителей или супругов (ACOG, 2017). Свою открытость подросткам они могут продемонстрировать путем «ребрендинга» названия с услуг по планированию семьи на услуги по контрацепции, учитывая, что многие подростки и молодые люди не отождествляют себя с идеей планирования семьи (Paul and others, 2019). Они могут предпринять такие шаги, как отказ от регулярного гинекологического осмотра или цитологии шейки матки перед началом гормональной контрацепции, процедур, которые могут быть особенно неприятны для подростков (ACOG, 2017).

Мероприятия должны также служить другим незащищенным группам (например, лицам ЛГБТИ и инвалидам) и обеспечивать равенство в доступе, качестве медицинской помощи и подотчетности (UNFPA, 2019). Для этого потребуются информационно-пропагандистская работа, профессиональная подготовка, составление бюджета с учетом гендерных факторов и других инструментов для борьбы с гендерными предрассудками и прочими дискриминационными допущениями.

Контрацепция — еще одна ключевая область для действий и инвестиций, которая обеспечивает значительную отдачу от инвестиций. Согласно одной оценке, каждый доллар, потраченный на услуги по контрацепции сверх нынешнего уровня, может снизить расходы на уход за беременными и новорожденными на три доллара (Sully and others, 2020). Поэтому противозачаточные средства должны быть включены во все пакеты медицинских льгот или определенные перечни медицинских услуг, финансируемых государством или частным сектором (Kaufman and Silverman, 2021), с соответствующими бюджетными ассигнованиями. Средств должно быть достаточно, например, для устранения барьеров, связанных с местоположением или часами работы (WHO, 2019a). Если будет

## **Контрацепция — еще одна ключевая область для действий и вложений, которая обеспечивает значительную отдачу от инвестиций.**

сделан выбор в пользу консолидации или реструктуризации медицинских учреждений, доступ к контрацептивам должен стать частью оценки затрат и выгод (ACOG, 2017).

Сами услуги по контрацепции должны быть комплексными, включая скрининг на предмет намерений забеременеть; консультирование по вариантам, побочным эффектам и другим потенциальным последствиям; введение, удаление, замена или повторное введение обратимых контрацептивов длительного действия или других противозачаточных средств; и регулярное последующее наблюдение, которое включает оперативное реагирование на желание женщины изменить метод контрацепции (CDC, 2015). В тех случаях, когда медицинские работники не предоставляют противозачаточные средства, в том числе по религиозным соображениям, им следует дать указание направлять пациентов, обращающихся за их помощью, к другим медицинским работникам (ACOG, 2017).

Всеобщий охват услугами здравоохранения является фундаментальной частью головоломки. В рамках ЦУР почти все страны обязались обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения к 2030 году. Усилия с этой целью должны быть направлены на удовлетворение потребностей и прав всех людей в области сексуального и репродуктивного здоровья при одновременном преобразовании дискриминационной

практики и норм. Например, систематический скрининг на предмет гендерного неравенства и дискриминационной практики может выявить и исправить такие проблемы, как неоправданно высокие показатели стерилизации среди женщин по сравнению с мужчинами. Регулярная обратная связь с пациентами должна использоваться для улучшения услуг с помощью опросов или других данных, дезагрегированных по признаку пола, чтобы отразить потенциально различные точки зрения женщин и мужчин.

## **Системы здравоохранения должны стать гендерно чувствительными**

Медицинские услуги также должны учитывать гендерные аспекты. Это означает уважительную, основанную на правах заботу, учет мнения пациентов и изучение приемлемого для них выбора (подробную информацию см. в Главе 4). Квалифицированный уход, основанный на сострадании, мог бы стать местом для обсуждения не только контрацептивов, но и таких понятий, как преднамеренность и телесная автономия. Это подразумевает, что пациенты будут чувствовать себя в безопасности, выражая беспокойство или желания, и что поставщики услуг будут оценивать, располагает ли человек точной информацией, сталкивается ли с давлением со стороны партнера или имеет другие проблемы (ВОЗ, 2019b; Johnson-Mallard and others, 2017). Поставщики услуг должны быть обучены и готовы относиться ко всем без дискриминации, включая женщин, мужчин, молодежь и представителей ЛГБТИ (WHO, 2019a). Для лиц, переживших гендерное насилие, может быть организован скрининг и направление к специалистам (Hamberger and others, 2015).

Системы здравоохранения могут моделировать гендерное равенство, например, путем сокращения гендерного разрыва в оплате труда работников здравоохранения, который по-прежнему составляет 28 процентов в пользу мужчин, и обеспечения гендерного равенства при принятии решений в области здравоохранения (WHO, 2019a). Более широкое развертывание работы акушерок

может способствовать расширению прав и возможностей, поскольку большинство акушерок — женщины. Те работники, кто принадлежит к тому же сообществу, что и их клиенты, могут быть лучше подготовлены для оказания помощи с учетом культурных особенностей.

Наконец, системы здравоохранения должны изыскивать новые пути охвата наиболее маргинализированных слоев населения. Пандемия COVID-19 продемонстрировала некоторые инновационные средства преодоления ограничений на расстояние и передвижение, такие как телемедицина и облегчение доступа к рецептам. Эти средства следует сохранить и преумножить. В Соединенном Королевстве, например, 80 процентов женщин, которые использовали телемедицину для доступа к ранним медицинским абортам, заявили, что выберут этот вариант в будущем (FSRH, 2021; Luchsinger, 2021). ВОЗ рекомендует повысить доступность самопомощи, например, расширить доступ к инъекционным контрацептивам для самостоятельного введения и сделать оральные противозачаточные таблетки и средства экстренной контрацепции доступными без рецепта (WHO, 2021).

## **Расширение социальной защиты**

Пандемия COVID-19, а также другие кризисы, такие как изменение климата, сделали программы всеобщей социальной защиты более необходимыми, чем когда-либо прежде. Включенные в обязательства по достижению ЦУР, эти программы являются последними системами социальной защиты для людей, которые в противном случае оказались бы в нищете. Пандемия продемонстрировала, что многие женщины не имеют социальной защиты, даже там, где существуют схемы, по причинам, которые включают их непропорционально большую долю неоплачиваемой работы на дому и концентрацию на низкокачественной, низкооплачиваемой неформальной работе.

Универсальные схемы социальной защиты предоставляют широкие возможности для снижения многочисленных факторов



уязвимости, которые могут привести к непреднамеренной беременности, путем устранения пробелов в доходах, а также в образовании и доступе к здравоохранению (ИО, 2017). Такие страны, как Руанда, Таиланд и Вьетнам, например, включили неформальных работников в системы социального обеспечения. Во время пандемии Того, одна из наименее развитых стран мира, ввела шестимесячную систему мобильных денежных переводов для неформальных работников. Она охватила почти 575 000 человек, причем 65 процентов из них составляли женщины. Женщины получали более высокие пособия как в качестве работников, так и в качестве управляющих домохозяйством (UN Women, 2021).

Помимо сокращения разрыва в доходах, программы социальной защиты могут использовать инструменты, специфичные для доступа к противозачаточным средствам, например, с помощью ваучеров на услуги. Качественно разработанные программы расширили доступ к противозачаточным средствам, а также выбор противозачаточных средств и оказались эффективными в охвате маргинализированных групп населения, включая тех, кто беден, молод или не имеет образования. Некоторые программы установили более высокие стандарты медицинской помощи и обеспечили более стабильный поток доходов, который поставщики услуг реинвестировали в улучшение обслуживания, что принесло потенциальные выгоды по нескольким направлениям (NIP, 2020a).

## **Положить конец гендерно мотивированному насилию**

Непреднамеренная беременность часто, к сожалению, связана с насилием. За последние 12 месяцев около 13 процентов женщин и девочек в возрасте от 15 до 49 лет, когда-либо имевших партнеров, подвергались насилию со стороны интимного партнера (United Nations, 2022). Опросы показывают, что многие женщины вынуждены уступать принятию решений о сексе и беременности партнеру, и многие считают, что насилие оправданно, если они отказываются заниматься сексом (Hindin and others, 2008). Многие сталкиваются с принудительным

сексом и/или беременностью. И во всех системах правосудия наблюдается низкий уровень отчетности и судебного преследования виновных, наряду с недостаточными мерами наказания.

Женщины должны иметь возможность без проблем получать правовую защиту, в том числе посредством бесплатной юридической помощи. Им должны оказываться высококачественные услуги, ориентированные на лиц, переживших насилие, которые выполняет уважительный, беспристрастный юридический персонал, от полиции до прокуроров и судей. Такие инициативы во всех странах должны подкрепляться правовыми системами, которые в полной мере признают и устраняют все формы гендерного насилия и дискриминационное обращение с женщинами. Например, Рамочная программа «УВАЖАЙТЕ женщин», опубликованная ВОЗ, ЮНФПА и другими организациями в 2019 году, описывает четкие и масштабируемые действия для директивных органов по борьбе с гендерно мотивированным насилием (WHO, 2019c).

Наметился определенный прогресс. Объединенные Арабские Эмираты, например, недавно отменили закон, обязывающий замужних женщин подчиняться своим мужьям (World Bank, 2021a). Тем не менее дискриминационные законы и правовые пробелы продолжают сказываться на женщинах во всем мире. Недавно опубликованные данные из 95 стран показали, что в 63 процентах из государств отсутствуют законы об изнасилованиях, основанные на принципе согласия, а половина по-прежнему запрещает женщинам работать на определенных работах или в определенных отраслях. Почти четверть стран не предоставляют женщинам равные с мужчинами права на вступление в брак или инициирование развода (United Nations, 2021).

Риск сексуального насилия усугубляется в условиях гуманитарных кризисов и нестабильных условий, когда изнасилование может быть использовано в качестве оружия войны и инструмента геноцида, и где насилие со стороны интимного партнера продолжает иметь место, в то время как многие механизмы

защиты сообществ разрушаются или исчезают. В этих условиях женщины сталкиваются с дополнительными препятствиями на пути к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья (Tran and others, 2021), включая противозачаточные средства (Women's Refugee Commission and others,

2012), что повышает их уязвимость к непреднамеренной беременности. Доступ к полному спектру услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая экстренную контрацепцию и лечение после изнасилования, а также безопасные помещения и средства защиты, предотвращающие сексуальное насилие, должны быть не подлежащими обсуждению и необходимыми компонентами любого гуманитарного реагирования.

## Изменение вредных социальных норм

Усилия по сокращению непреднамеренной беременности не увенчаются успехом, если вредные социальные нормы не будут пересмотрены и изменены повсеместно. Табу и гендерные нормы слишком часто заглушают голоса тех, кто страдает больше остальных, однако этот вопрос, возможно, является той областью, где наиболее необходимы откровенные, фактические разговоры и где на поверхность следует вынести разнообразный опыт людей.

Мы видели, как стигмы, связанные с контрацепцией, заставляют многих избегать или молча прекращать ее использование. Девочки-подростки могут по умолчанию сохранить беременность, потому что альтернативы никогда не упоминались. Взрослые женщины могут предполагать, что они не способны забеременеть. Женщины всех возрастов и происхождения неохотно сообщают о насилии со стороны партнера или принудительном поведении.

Необходима большая социальная осведомленность, привлекающая внимание к праву каждого человека на телесную автономию и к тому, что требуется для ее достижения. Устранение табу вокруг этих дискуссий имеет важное значение для обеспечения, возможно, самого важного разговора из всех: открытого диалога о желаниях, выборе и планах, который должен иметь место между сексуальными партнерами, чтобы обе стороны могли проявлять свободу действий и автономию.





Гендерные нормы и ожидания также должны учитываться, активно и одновременно. Непреднамеренная беременность коренится в бесправии женщин и девочек во всех сферах.

Исследования ЮНФПА показывают, что при нынешних темпах изменений потребуется 160 лет, чтобы покончить с материнством в детстве (UNFPA, 2022). В развивающихся странах почти каждая третья молодая женщина в возрасте от 20 до 24 лет родила в подростковом возрасте, определяемом как возраст 10–19 лет. Даже когда подростковая беременность определяется как индивидуальный выбор, девочки сталкиваются с ограниченной самостоятельностью, социальным давлением и нехваткой информации и услуг. Такие меры, как интервенции против насилия на свиданиях в школах, мероприятия на уровне сообществ, направленные на формирование у мальчиков и девочек гендерно-справедливых взглядов, а также вмешательства родителей (Lundgren and Amin, 2015), могут быть эффективными не только в решении проблемы насилия, но и в повышении ценности женщин и девочек. Кампании по защите интересов общественности (Thomas, 2012), тщательно адаптированные к различным аудиториям и контекстам, могут повысить осведомленность о правах и автономии.

Комплексное сексуальное образование является ключевым компонентом успеха. Эта информация, основанная на медицинских доказательствах и руководствующаяся принципами прав и расширения прав и возможностей, может дать людям пространство и словарный запас для обсуждения своих тел и отношений без стыда. Обеспеченное должным образом, это образование может бороться с мифами и неправильными представлениями, а также способствовать общению, согласию и уважительным отношениям. Это может касаться гендерной проблематики и полномочий, а также включать обучение подростков конфиденциальной контрацепции. Там, где детские браки и ранняя беременность являются обычным явлением, комплексное сексуальное образование может стать средством привлечения подростков, родителей и более широкого сообщества к изучению этих норм и поиску альтернатив. Оно также способствует

достижению человечеством задачи 4.7 ЦУР, которая призывает всех учащихся приобретать навыки и знания для содействия гендерному равенству, правам человека и культуре ненасилия.

Хотя сексуальное образование, как правило, ассоциируется с



**Беременность должна  
быть результатом  
не нарушения  
телесной автономии, а  
позитивного выбора.**

подростками, эксперты предполагают, что оно должно начинаться в соответствии с возрастом в раннем детстве и продолжаться на протяжении всей жизни человека (ACOG, 2020), охватывая все этапы сексуальности и репродукции. Это может побудить людей переосмыслить жесткие гендерные нормы и стереотипы далеко за пределами их школьных лет.

И, наконец, мужчины и мальчики должны извлекать выгоду из информации и социальных норм, способствующих здоровым моделям мужественности. Такие представители мужского пола должны отвергать гендерно мотивированное насилие, принимать ценности равенства и справедливости и допускать выражение эмоций, чувствительности и нюансов при обсуждении репродуктивных желаний своих партнеров и своих собственных желаний.

**Инвестиции в расширение прав и возможностей женщин и девочек**

Девочки во всем мире должны иметь возможность видеть свое будущее не только в ранней беременности и достигать его. Это означает инвестирование в расширение их

прав и возможностей и расширение прав и возможностей женщин, которые могут стать образцами для подражания для будущих поколений.

Инвестирование в расширение их прав и возможностей связано с изменением вредных норм, но также и отличается от них. Наделенные полномочиями женщины и девочки могут быть движущими силами изменения норм, но они не несут исключительной ответственности за повышение своего собственного статуса в мире, где царит неравенство. Усилия по изменению вредных норм должны осуществляться наряду с инвестициями в расширение прав и возможностей женщин и девочек и мерами по обеспечению их доступа к местам принятия решений.

Например, должны быть созданы программы по наращиванию потенциала и наставничеству. Необходимы более широкие усилия по удержанию девочек в школе и сокращению гендерной дискриминации и различий в оплате труда на рынке труда. Целенаправленные усилия важны для охвата женщин и девочек, сталкивающихся с различными формами маргинализации, такими как нищета и расовое неравенство. Идеи о расширении прав и возможностей могут быть включены в программы, предназначенные для охвата этих женщин и девочек, такие как профессиональная подготовка и инициативы по расширению экономических возможностей.

Инвестиции в организации по защите прав женщин и союзы с ними будут иметь эффект, особенно когда эти группы возглавляют женщины. Эти организации часто располагают подробной информацией о частной жизни женщин и девочек, включая отличия между сообществами. Они могут быть одними из тех, кто лучше всего подходит для понимания причин нежелательной беременности и решений, наиболее соответствующих правам и индивидуальным предпочтениям. Будучи защитниками и наблюдателями, эти группы проводят национальную политику, направленную на обеспечение гендерного равенства во всех частях мира (UN Women, 2021).





© UNFPA/Fidel Évora

Эти организации должны не только иметь достаточное финансирование; они также должны быть защищены от идеологически мотивированных сил, которые выступают против гендерного равенства, и четко отличаться от групп, работающих в рамках гражданского общества и предоставления услуг для реализации программ, направленных против гендерного равенства или демократии (UN Women, 2021).

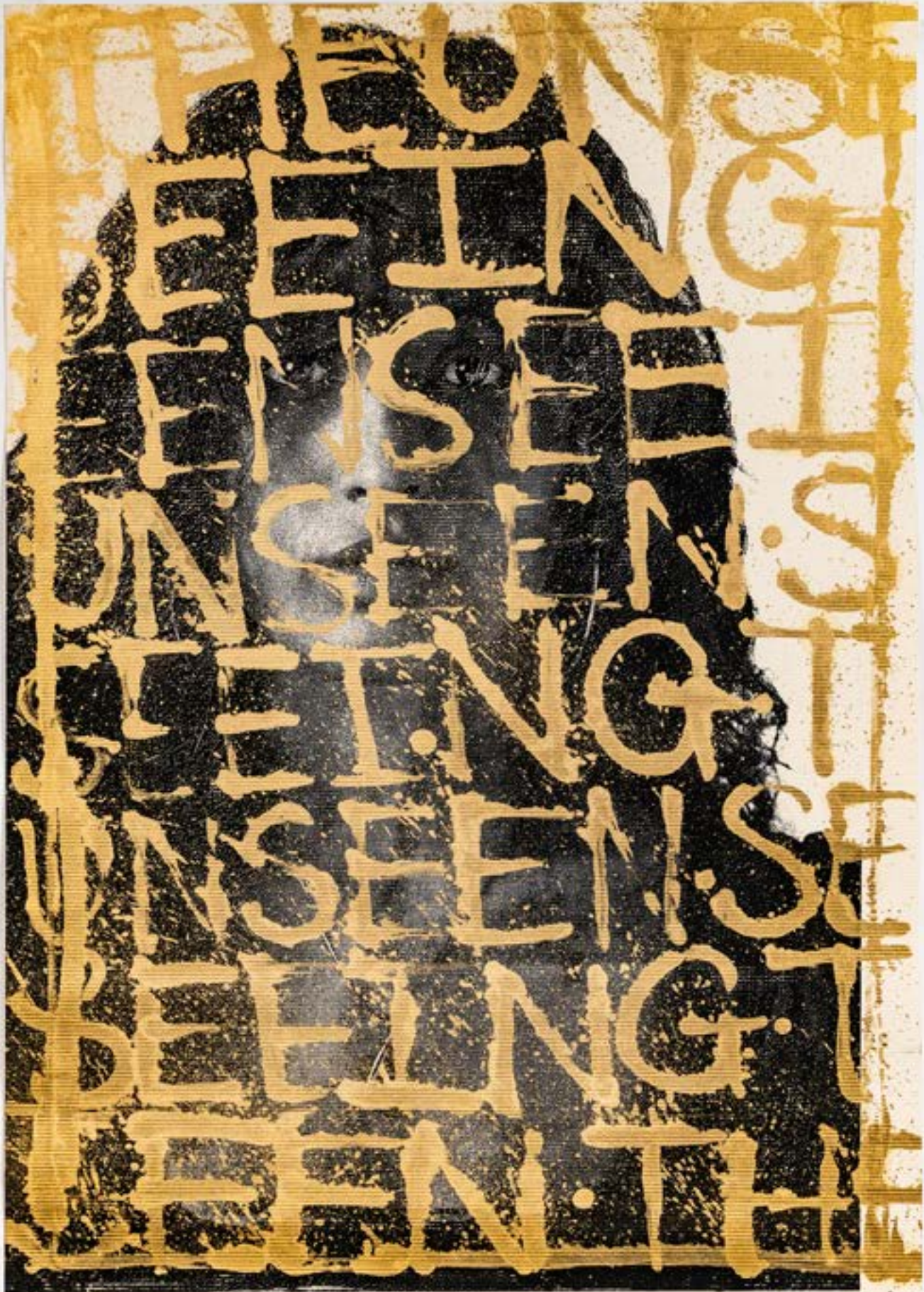
### **К позитивному выбору и справедливости**

Беременность должна быть результатом не нарушения телесной автономии, а позитивного выбора. Это то, чего требуют обязательства в области прав человека и что необходимо для человеческого и социального благополучия.

Позитивный выбор — это вопрос справедливости. Он формирует мир, более способный к восстановлению.

Необходимости людей для принятия позитивных решений значительно отличаются. Но все остаются в выигрыше, когда каждый имеет возможность делать этот выбор на основе информации и с достоинством. Мы должны работать над сокращением числа непреднамеренных беременностей, если не полностью, то хотя бы сводя их число к минимуму. Это приблизит нас к нашему провозглашенному общему видению человечества: миру, в котором каждая беременность желанна, и каждый человек пользуется полной реализацией своих прав и потенциала.







# Показатели

Отслеживание прогресса в достижении целей МКНР: сексуальное и репродуктивное здоровье	стр. 120
Отслеживание прогресса в достижении целей МКНР: гендер, права и человеческий капитал	стр. 126
Демографические показатели	стр. 132
Технические примечания	стр. 138

# СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Мир и регионы	Кoeffициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений <sup>1</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), нижняя оценка <sup>2</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), верхняя оценка <sup>2</sup>	Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, в процентах	Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения <sup>3</sup>	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах		Доля спроса, удовлетворенного современными методами, все женщины в возрасте 15–49 лет	Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах	Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (ИНС)
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Все методы		Современные методы		Все		2022	2022	2019
						Все	В браке или в гражданском браке	Все	В браке или в гражданском браке	Все	В браке или в гражданском браке			
<b>Весь мир</b>	<b>211</b>	<b>199</b>	<b>243</b>	<b>82</b>	<b>0,19</b>	<b>49</b>	<b>63</b>	<b>44</b>	<b>57</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>77</b>	<b>76</b>	<b>68</b>
Более развитые регионы	12	11	13	99	0,14	58	70	51	62	7	9	79	87	–
Менее развитые регионы	232	219	268	81	0,20	47	62	43	56	9	12	77	72	–
Наименее развитые страны	415	396	477	65	0,44	32	42	29	37	16	20	60	71	–
<b>Регионы ЮНФПА</b>														
Арабские государства	151	121	208	86	0,03	34	53	29	45	10	15	66	65	61
Азиатско-Тихоокеанский регион	120	108	140	86	0,06	52	67	47	62	7	9	81	74	68
Восточная Европа и Центральная Азия	20	18	22	99	0,15	46	64	36	49	8	11	67	84	74
Латинская Америка и Карибский бассейн	74	70	80	95	0,18	59	75	56	70	8	9	83	75	74
Восточная и южная части Африки	391	361	463	70	1,20	35	44	32	40	16	21	63	72	47
Западная и Центральная Африка	717	606	917	55	0,41	20	23	17	19	17	22	46	70	43
<b>Страны, территории, прочие области</b>	<b>2017</b>	<b>2017</b>	<b>2017</b>	<b>2004–2020</b>	<b>2020</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2019</b>
Афганистан	638	427	1010	59	0,04	20	27	18	24	17	24	48	56	37
Албания	15	8	26	100	0,03	31	44	5	5	11	16	11	79	62
Алжир	112	64	206	99	0,04	36	65	32	57	6	9	76	–	75
Ангола	241	167	346	50	0,69	16	17	15	16	27	35	35	62	39
Антигуа и Барбуда	42	24	69	100	–	45	63	43	61	10	13	78	–	72
Аргентина	39	35	43	100	0,13	60	72	58	68	8	10	85	92	73
Армения	26	21	32	100	0,11	39	60	21	32	8	12	45	87	69
Аруба	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Австралия	6	5	8	99	0,03	58	67	56	64	8	11	86	–	87
Австрия	5	4	7	98	–	66	73	64	70	5	7	89	–	82
Азербайджан	26	21	32	99	0,04	37	57	15	23	9	14	33	–	65
Багамские Острова	70	48	110	99	0,28	45	67	43	65	9	12	80	–	70
Бахрейн	14	10	21	100	–	29	63	20	43	6	12	58	73	71
Бангладеш	173	131	234	59	–	52	63	46	55	10	12	74	–	51
Барбадос	27	17	39	99	–	50	63	47	61	12	14	76	44	75
Беларусь	2	1	4	100	0,13	61	70	52	59	5	8	79	83	74
Бельгия	5	4	7	–	–	59	67	58	67	5	8	91	–	86
Белиз	36	26	48	94	0,53	45	57	42	54	14	18	71	43	67
Бенин	397	291	570	78	0,19	17	19	14	15	24	31	34	91	38
Бутан	183	127	292	96	0,09	39	61	38	59	8	13	80	83	62
Боливия (Многонациональное Государство)	155	113	213	81	0,08	48	68	36	49	12	16	60	94	67
Босния и Герцеговина	10	5	16	100	–	38	50	19	21	9	13	40	70	65
Ботсвана	144	124	170	100	4,39	58	70	57	69	8	10	87	64	54
Бразилия	60	58	61	99	0,23	65	80	63	77	6	8	89	–	75
Бруней-Даруссалам	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	77
Болгария	10	6	14	100	–	66	80	50	58	5	6	71	62	70
Буркина-Фасо	320	220	454	80	0,1	29	32	28	31	20	24	57	81	43
Бурунди	548	413	728	85	0,15	20	32	18	29	17	28	48	65	44
Камбоджа	160	116	221	89	0,07	43	63	32	47	7	11	64	98	61
Республика Камерун	529	376	790	69	0,6	23	23	19	17	16	21	49	–	44
Канада	10	8	14	98	–	73	82	71	80	3	4	93	–	89



# Отслеживание прогресса в достижении целей МКНР

## СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Страны, территории, прочие области	Коэффициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений <sup>1</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), нижняя оценка <sup>2</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), верхняя оценка <sup>2</sup>	Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, в процентах	Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения:	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах		Доля спроса, удовлетворенного современными методами, все женщины в возрасте 15–49 лет	Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах	Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (IUCS)
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Все методы		Современные методы				2022	2022	2019
						Все	В браке или в гражданском браке	Все	В браке или в гражданском браке	Все	В браке или в гражданском браке			
Кабо-Верде	58	45	75	97	–	44	58	43	57	13	16	76	84	69
Центральноафриканская Республика	829	463	1470	40	–	21	23	16	18	23	25	37	77	33
Чад	1140	847	1590	24	0,22	7	8	7	7	19	24	25	59	28
Чили	13	11	14	100	0,26	64	78	59	72	6	8	85	–	80
Китай	29	22	35	100	–	69	85	68	84	4	3	92	–	82
Гонконг, САР Китая	–	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	81	–	–
Макао, САР Китая	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Колумбия	83	71	98	99	0,18	64	82	61	77	5	7	87	96	78
Коморские Острова	273	167	435	82	0,01	20	27	16	22	19	29	42	–	44
Конго (Демократическая Республика)	473	341	693	85	0,18	26	30	16	16	21	25	33	–	39
Республика Конго	378	271	523	91	1,94	43	45	29	28	15	18	51	55	41
Коста-Рика	27	24	31	99	0,34	56	74	55	72	9	11	84	84	78
Кот-д'Ивуар	617	426	896	74	0,24	26	26	23	23	21	26	49	64	45
Хорватия	8	6	11	100	0,02	50	71	35	46	5	8	64	98	73
Куба	36	33	40	100	0,18	69	72	68	71	8	9	88	–	80
Кюрасао	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Кипр	6	4	10	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	79
Чехия	3	2	5	100	–	63	85	56	76	3	4	84	79	78
Дания	4	3	5	95	0,02	64	77	60	73	5	6	88	87	85
Джибути	248	116	527	87	0,13	17	29	16	29	15	26	51	–	48
Доминика	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	95	88	102	100	0,32	57	73	55	70	8	10	84	–	66
Эквадор	59	53	65	96	0,12	60	82	54	74	6	6	82	92	80
Египет	37	27	47	92	0,03	45	61	43	60	9	12	81	–	70
Сальвадор	46	36	57	100	0,13	52	73	49	69	8	10	82	92	76
Экваториальная Гвинея	301	181	504	68	–	18	18	15	15	23	31	38	–	43
Эритрея	480	327	718	34	0,07	9	14	9	13	18	29	33	–	50
Эстония	9	5	13	100	0,16	56	65	51	58	7	11	80	98	78
Эсватини	437	255	792	88	5,28	54	68	53	67	10	13	83	98	58
Эфиопия	401	298	573	50	0,12	30	42	30	42	14	21	67	73	38
Фиджи	34	27	43	100	0,16	35	52	30	44	11	16	65	–	61
Финляндия	3	2	4	100	–	79	82	74	77	3	5	90	98	83
Франция	8	6	9	98	–	65	78	63	76	4	4	92	–	84
Французская Гвиана	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Французская Полинезия	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Габон	252	165	407	89	0,48	38	38	30	27	18	23	54	58	49
Гамбия	597	440	808	84	0,93	14	19	13	19	16	25	44	–	48
Грузия	25	21	29	100	0,17	32	47	23	34	13	18	52	94	65
Германия	7	5	9	99	0,03	55	68	54	67	7	9	88	87	86
Гана	308	223	420	79	0,63	27	36	23	32	19	27	51	66	45
Греция	3	2	4	100	0,09	53	75	38	50	4	7	66	72	78
Гренада	25	15	39	100	–	46	66	43	61	9	12	77	–	70
Гваделупа	–	–	–	–	–	46	60	41	54	11	15	73	–	–
Гуам	–	–	–	–	–	41	66	36	56	7	10	74	–	–
Гватемала	95	86	104	70	0,05	43	64	36	54	9	13	71	–	57
Гвинея	576	437	779	55	0,42	14	14	13	13	17	23	42	79	37



## СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Страны, территории, прочие области	Кoeffициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений <sup>1</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), нижняя оценка <sup>2</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), верхняя оценка <sup>2</sup>	Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, в процентах	Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения <sup>3</sup>	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах		Доля спроса, удовлетворенного современными методами, все женщины в возрасте 15–49 лет	Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах	Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (ИНС)
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Все методы		Современные методы						2019
						Все	В браке или в гражданском браке	Все	В браке или в гражданском браке	Все	В браке или в гражданском браке			
Гвинея-Бисау	667	457	995	54	0,88	33	23	31	22	16	20	64	80	37
Гайана	169	132	215	96	0,43	35	47	33	45	17	25	64	87	74
Гаити	480	346	680	42	0,45	28	39	26	36	23	34	50	65	47
Гондурас	65	55	76	74	0,07	53	76	47	68	7	9	79	80	63
Венгрия	12	9	16	100	–	49	70	44	62	6	9	80	93	73
Исландия	4	2	6	98	0,04	–	–	–	–	–	–	–	–	87
Индия	145	117	177	81	0,04	44	57	39	51	9	12	74	74	61
Индонезия	177	127	254	95	0,10	44	62	42	60	8	11	81	77	59
Иран (Исламская Республика)	16	13	20	99	0,03	58	82	47	66	3	4	77	63	77
Ирак	79	53	113	96	–	38	56	27	40	8	12	58	59	55
Ирландия	5	3	7	100	0,08	66	70	63	66	6	9	88	–	83
Израиль	3	2	4	–	–	39	73	30	56	5	8	68	–	84
Италия	2	1	2	100	0,04	59	67	48	51	5	9	74	–	83
Ямайка	80	67	98	100	0,53	44	73	42	70	8	9	80	76	70
Япония	5	3	6	100	0,00	46	51	39	41	12	17	68	85	85
Иордания	46	31	65	100	0,01	31	54	22	39	8	14	57	56	60
Казахстан	10	8	12	100	0,19	43	54	40	51	11	15	76	65	76
Кения	342	253	476	70	0,72	44	60	43	59	13	16	75	48	56
Кирибати	92	49	158	92	–	23	32	19	26	16	23	49	–	51
Корейская Народно-Демократическая Республика	89	38	203	100	–	58	74	55	71	8	9	84	83	68
Республика Корея	11	9	13	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	87
Кувейт	12	8	17	100	–	40	59	33	49	9	13	67	–	70
Кыргызстан	60	50	76	100	0,11	29	42	28	39	12	17	67	73	70
Лаосская Народно-Демократическая Республика	185	139	253	64	0,13	38	61	34	54	10	14	71	96	50
Латвия	19	15	26	100	–	60	72	53	62	6	9	81	70	72
Ливан	29	22	40	98	0,03	29	62	22	46	6	13	62	–	72
Лесото	544	391	788	87	4,91	52	66	51	66	10	14	83	–	48
Либерия	661	481	943	84	0,29	26	27	25	26	27	32	47	–	42
Ливия	72	30	164	100	0,05	26	40	17	25	17	25	39	–	60
Литва	8	5	12	100	–	48	71	39	57	7	8	72	87	70
Люксембург	5	3	8	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87
Мадагаскар	335	229	484	46	0,22	42	51	37	45	14	16	67	–	35
Малави	349	244	507	90	1,21	49	65	48	64	13	15	78	79	48
Малайзия	29	24	36	100	0,19	35	57	25	41	9	15	57	83	76
Мальдивы	53	35	84	100	–	16	22	12	18	21	30	34	93	69
Мали	562	419	784	67	0,27	18	20	18	20	21	24	46	–	42
Мальта	6	4	11	100	–	60	79	48	63	4	5	75	–	81
Мартиника	–	–	–	–	–	47	62	43	57	11	14	75	–	–
Мавритания	766	528	1140	69	–	14	22	13	20	18	28	41	65	40
Маврикий	61	46	85	100	0,8	43	67	29	44	8	10	57	75	65
Мексика	33	32	35	97	0,16	56	74	53	70	9	10	82	86	74
Федеративные Штаты Микронезии	88	40	193	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48
Республика Молдова	19	15	24	100	0,24	55	63	44	50	11	13	67	–	67
Монголия	45	36	56	99	0,01	41	57	37	51	13	15	70	–	63



## СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Страны, территории, прочие области	Коэффициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений <sup>2</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), нижняя оценка <sup>2</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), верхняя оценка <sup>2</sup>	Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, в процентах	Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения:	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах		Доля спроса, удовлетворенного современными методами, все женщины в возрасте 15–49 лет	Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах	Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (IUCS)
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Все методы		Современные методы				2022	2022	2019
						Все	В браке или в гражданском браке	Все	В браке или в гражданском браке	Все	В браке или в гражданском браке			
Черногория	6	3	10	99	0,04	23	27	15	16	15	21	41	52	67
Марокко	70	54	91	87	0,02	43	71	37	61	7	11	74	–	73
Мозамбик	289	206	418	73	3,5	27	30	26	29	19	22	58	–	47
Мьянма	250	182	351	60	–	34	58	33	56	8	14	79	91	61
Намибия	195	144	281	88	2,44	52	61	52	61	10	15	83	88	62
Непал	186	135	267	77	0,03	42	53	37	47	17	22	63	48	53
Нидерланды	5	4	7	–	0,02	63	72	61	71	5	7	89	100	86
Новая Каледония	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Новая Зеландия	9	7	11	96	0,02	65	81	61	75	4	5	88	95	86
Никарагуа	98	77	127	96	0,11	53	82	51	79	5	6	88	75	70
Нигер	509	368	724	39	0,05	17	19	16	18	15	18	50	–	37
Нигерия	917	658	1320	43	0,42	18	21	14	15	15	19	42	–	45
Северная Македония	7	5	10	100	–	43	54	19	19	9	13	37	–	68
Норвегия	2	2	3	99	0,01	67	85	62	79	4	4	89	100	86
Оман	19	16	22	99	–	21	36	15	25	15	26	41	70	69
Пакистан	140	85	229	71	0,12	26	38	20	29	11	17	53	69	45
Палестина <sup>1</sup>	–	–	–	100	–	41	62	30	46	7	11	64	68	–
Панама	52	45	59	93	0,44	48	60	45	56	14	17	73	72	77
Папуа – Новая Гвинея	145	67	318	56	0,39	28	39	23	32	18	25	51	–	33
Парагвай	84	72	96	98	0,13	59	73	55	67	8	9	82	76	61
Перу	88	69	110	94	0,13	55	77	43	58	5	7	70	85	78
Филиппины	121	91	168	84	0,15	36	57	27	43	10	16	59	80	55
Польша	2	2	3	100	–	54	74	43	58	6	8	73	89	74
Португалия	8	6	11	100	0,07	60	74	51	62	4	7	79	95	84
Пуэрто-Рико	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	83	–	–
Катар	9	6	14	100	0,07	31	49	26	41	9	15	64	71	74
Реюньон	–	–	–	–	–	49	72	48	71	8	9	84	–	–
Румыния	19	14	25	95	0,04	54	72	45	58	5	8	75	98	72
Российская Федерация	17	13	23	100	–	49	68	42	57	6	9	76	70	75
Руанда	248	184	347	94	0,34	34	58	32	54	11	16	70	82	54
Сент-Китс и Невис	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Люсия	117	71	197	100	–	49	61	46	57	12	15	76	33	72
Сент-Винсент и Гренадины	68	44	100	99	–	50	67	48	65	10	12	80	81	73
Самоа	43	20	97	89	–	12	19	11	18	26	46	29	22	53
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	130	73	217	97	–	38	51	35	47	21	25	60	46	60
Саудовская Аравия	17	10	30	99	0,05	19	30	15	24	15	25	46	–	73
Сенегал	315	237	434	75	0,08	21	30	20	28	15	21	56	75	49
Сербия	12	9	17	100	0,02	47	58	28	28	6	11	53	99	71
Сейшельские Острова	53	26	109	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	70
Сьерра-Леоне	1120	808	1620	87	0,7	27	25	26	25	20	24	56	65	39
Сингапур	8	5	13	100	0,01	40	68	35	60	6	10	77	46	86
Синт-Мартин	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Словакия	5	4	7	98	–	56	79	48	66	4	6	79	86	77
Словения	7	5	9	100	0,01	53	79	44	66	3	5	79	–	80
Соломоновы Острова	104	70	157	86	–	24	32	20	27	13	17	54	–	50



## СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Страны, территории, прочие области	Коэффициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений <sup>а</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), нижняя оценка <sup>а</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), верхняя оценка <sup>а</sup>	Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, в процентах	Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения <sup>а</sup>	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах		Доля спроса, удовлетворенного современными методами, все женщины в возрасте 15–49 лет	Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах	Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (ИНС)
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Все методы		Современные методы						2019
						Все	В браке или в гражданском браке	Все	В браке или в гражданском браке	Все	В браке или в гражданском браке			
Сомали	829	385	1590	32	0,02	6	10	2	2	15	26	9	–	27
Южная Африка	119	96	153	97	4,6	51	58	51	58	11	14	82	95	68
Южный Судан	1150	789	1710	19	1,37	6	8	6	7	20	29	21	16	32
Испания	4	3	5	100	0,08	60	63	58	61	8	13	85	–	86
Шри-Ланка	36	31	41	100	0,01	45	67	37	55	5	7	74	86	67
Судан	295	207	408	78	0,09	11	16	10	15	17	27	36	57	44
Суринам	120	96	144	98	0,3	34	47	33	47	15	22	69	–	67
Швеция	4	3	6	–	–	60	71	57	68	6	8	87	100	87
Швейцария	5	3	7	–	–	73	73	68	69	4	7	89	94	87
Сирийская Арабская Республика	31	20	50	96	0	38	62	28	46	8	13	62	81	56
Таджикистан	17	10	26	95	0,09	24	33	22	30	16	22	55	–	66
Объединенная Республика Танзания	524	399	712	64	1,26	37	45	33	40	15	19	62	–	46
Таиланд	37	32	44	99	0,1	53	77	52	75	4	6	90	–	83
Демократическая Республика Тимор-Лешти	142	102	192	57	0,1	19	32	17	29	13	23	53	–	53
Того	396	270	557	69	0,45	24	27	22	25	22	30	48	–	44
Тонга	52	24	116	98	–	18	33	16	28	13	25	49	–	56
Тринидад и Тобаго	67	50	90	100	0,07	41	49	36	45	14	20	67	27	73
Тунис	43	33	54	100	0,03	31	59	27	51	7	13	70	–	70
Турция	17	14	20	97	–	48	71	34	49	6	9	61	78	79
Туркменистан	7	5	10	100	–	35	53	33	50	8	12	76	94	73
Острова Теркс и Кайкос	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Тувалу	–	–	–	93	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Уганда	375	278	523	74	0,95	36	46	33	42	18	24	61	–	50
Украина	19	14	26	100	0,21	53	68	44	55	6	9	75	95	73
Объединенные Арабские Эмираты	3	2	5	99	0,13	36	51	29	41	12	17	61	–	78
Соединенное Королевство	7	6	8	–	–	72	76	66	69	5	7	86	96	88
Соединенные Штаты Америки	19	17	21	99	–	62	76	54	67	5	6	81	–	83
Американские Виргинские острова	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–	–
Уругвай	17	14	21	100	0,19	57	79	55	77	6	7	87	97	79
Узбекистан	29	23	37	100	0,08	50	70	46	66	6	8	84	92	71
Вануату	–	–	–	89	–	36	49	31	41	15	19	61	–	52
Боливарианская Республика Венесуэла	125	97	170	99	0,08	56	76	52	71	8	10	83	–	70
Вьетнам	43	32	61	94	0,06	59	80	50	67	4	5	79	54	70
Западная Сахара	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Йемен	164	109	235	45	0,04	28	44	21	33	14	23	49	65	44
Замбия	213	159	289	80	3,64	38	53	36	50	15	18	68	91	55
Зимбабве	458	360	577	86	1,74	49	69	49	69	8	10	86	73	55



# СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

## ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- <sup>a</sup> Округление числовых показателей КМС проводится по следующей схеме: <1,000, округление до ближайшего 1; ≥1000, округление до ближайшего 10.
- <sup>1</sup> 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, согласно которой Палестине был предоставлен «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом...».

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

**Смертность новорожденных:** число смертей новорожденных за данный период времени на 100 000 живорождений за тот же период времени (показатель 3.1.1 ЦУР).

**Роды с участием квалифицированного медицинского персонала:** процент родов, проведенных квалифицированным медицинским персоналом (врачом, медсестрой или акушеркой) (показатель 3.1.2 ЦУР).

**Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения:** число новых случаев ВИЧ-инфекции на 1000 человеко-лет среди неинфицированного населения (показатель 3.3.1 ЦУР).

**Коэффициент распространенности противозачаточных средств:** процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, использующих в настоящее время любой метод контрацепции.

**Коэффициент распространенности противозачаточных средств, современные методы:** процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые в настоящее время используют любой современный метод контрацепции.

**Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи:** процентная доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые хотят предотвратить или отсрочить деторождение, но не пользуются каким-либо методом контрацепции.

**Доля спроса, удовлетворенного современными методами:** процентная доля совокупного спроса на средства планирования семьи у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, удовлетворенных современными методами контрацепции (показатель 3.7.1 ЦУР).

**Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию:** степень, в которой страны обладают законами и нормативными актами, гарантирующими полный и равный доступ женщин и мужчин в возрасте 15 лет и старше к услугам, информации и образованию в области сексуального и репродуктивного здоровья (показатель 5.6.2 ЦУР).

**Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (УНС):** средний охват основными услугами, основанный на отслеживаемых мерах, которые включают охрану репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей, инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания, а также возможности и доступ к услугам среди населения в целом и наиболее обездоленного населения (показатель 3.8.1 ЦУР).

## ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

**Смертность новорожденных:** Межучрежденческая группа по оценке материнской смертности Организации Объединенных Наций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк и Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций), 2019 год.

**Роды с участием квалифицированного медицинского персонала:** совместная глобальная база данных по квалифицированному родовспоможению, 2021 год, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных, содержащихся в совместной глобальной базе данных.

**Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения:** оценки ЮНЭЙДС по ВИЧ на 2021 год.

**Коэффициент распространенности противозачаточных средств:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2021 год.

**Коэффициент распространенности противозачаточных средств, современные методы:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2021 год.

**Неудовлетворенные потребности в области планирования семьи:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2021 год.

**Доля спроса, удовлетворенного современными методами:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2021 год.

**Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию:** ЮНФПА, 2022 год.

**Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (УНС):** ВОЗ, 2021 год.

# ГЕНДЕР, ПРАВА И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ

	Коэффициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет	Непреднамеренные беременности на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет <sup>2</sup>	Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет, в процентах	Распространенность КЖПО среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах	Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев, в процентах	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах	Общий чистый коэффициент зачисления в начальную школу, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата неполным средним образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием
<b>Мир и регионы</b>	2020–2025	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2021	2020	2020	2020	2020	2020	2020
Весь мир	40	64	26	–	13	57	91	0,98	84	1,00	66	1,01
Более развитые регионы	11	34	–	–	–	–	99	1,01	98	1,00	95	1,00
Менее развитые регионы	44	70	27	–	–	56	90	0,98	82	1,00	63	1,01
Наименее развитые страны	88	85	38	46	22	54	83	0,96	66	0,98	44	0,90
<b>Регионы ЮНФПА</b>												
Арабские государства	45	87	21	65	15	–	94	0,99	87	1,02	66	1,06
Азиатско-Тихоокеанский регион	21	64	25	–	13	61	85	–	82	0,95	60	0,92
Восточная Европа и Центральная Азия	26	54	11	–	9	76	96	1,00	98	0,99	84	0,99
Латинская Америка и Карибский бассейн	59	69	24	–	8	74	97	1,01	93	1,02	79	1,03
Восточная и южная части Африки	92	101	31	35	24	52	86	0,98	66	0,95	44	0,84
Западная и Центральная Африка	104	76	41	28	15	36	76	0,91	60	0,97	40	0,87
<b>Страны, территории, прочие области</b>	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Афганистан	62	–	28	–	35	–	–	–	–	–	44	0,56
Албания	14	16	12	–	6	69	96	1,04	96	1,04	81	1,09
Алжир	12	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ангола	163	120	30	–	25	62	82	0,78	76	0,76	18	0,71
Антигуа и Барбуда	28	–	–	–	–	–	99	1,02	99	0,99	87	1,02
Аргентина	50	69	–	–	5	–	100	–	99	0,99	89	1,09
Армения	19	53	5	–	5	66	90	1,00	90	1,02	92	1,14
Аруба	21	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–
Австралия	9	37	–	–	3	–	99	1,00	98	1,00	94	1,03
Австрия	6	–	–	–	4	–	100	1,00	99	1,01	90	1,02
Азербайджан	48	93	11	–	5	–	90	1,04	99	1,00	100	1,00
Багамские Острова	29	–	–	–	–	–	–	–	78	1,02	73	1,07
Бахрейн	13	–	–	–	–	–	98	0,99	96	1,07	87	1,14
Бангладеш	74	59	51	–	23	64	95	–	74	1,10	63	1,11
Барбадос	50	77	29	–	–	–	97	0,99	96	1,00	94	1,04
Беларусь	12	19	5	–	6	–	99	0,98	99	1,00	99	1,02
Бельгия	6	21	–	–	5	–	99	1,01	100	1,00	98	1,00
Белиз	58	71	34	–	8	–	100	0,99	85	0,98	69	1,11
Бенин	108	86	31	9	15	36	93	0,94	58	0,87	34	0,75
Бутан	59	48	26	–	9	–	96	1,03	88	1,15	72	1,16
Боливия (Многонациональное Государство)	71	105	20	–	18	–	95	1,00	93	0,97	78	1,01
Босния и Герцеговина	10	20	4	–	3	–	–	–	–	–	81	1,04
Ботсвана	52	97	–	–	17	–	89	1,01	–	–	–	–
Бразилия	49	67	26	–	7	–	99	1,00	98	1,02	85	1,02
Бруней-Даруссалам	10	–	–	–	–	–	98	1,00	100	1,00	83	1,07
Болгария	39	29	–	–	6	–	85	1,00	85	0,99	84	0,95
Буркина-Фасо	132	75	52	76	11	20	76	1,00	53	1,10	33	1,08



Отслеживание прогресса в достижении целей МКНР  
**ГЕНДЕР, ПРАВА И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ**

Страны, территории, прочие области	Кoeffициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет	Непреднамеренные беременности на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет <sup>2</sup>	Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет, в процентах	Распространенность КЖПО среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах	Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев, в процентах	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах	Общий чистый коэффициент зачисления в начальную школу, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата неполным средним образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата средним образованием
	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Бурунди	58	98	19	–	22	44	90	1,04	70	1,10	38	1,16
Камбоджа	30	69	19	–	9	76	89	1,00	85	1,06	45	0,95
Республика Камерун	122	83	30	1	22	49	92	0,91	63	0,89	46	0,83
Канада	7	31	–	–	3	–	100	–	100	1,00	88	1,00
Кабо-Верде	12	102	18	–	11	–	92	0,99	87	0,98	73	1,08
Центральноафриканская Республика	229	90	61	22	21	–	67	0,80	44	0,61	16	0,48
Чад	179	60	61	34	16	27	74	0,79	38	0,68	22	0,51
Чили	23	70	–	–	6	–	100	0,99	96	0,99	95	1,00
Китай	9	65	–	–	8	–	–	–	–	–	–	–
Гонконг, САР Китая	2	28	–	–	3	–	98	–	99	1,00	100	1,00
Макао, САР Китая	3	–	–	–	–	–	96	0,98	99	1,02	91	1,03
Колумбия	58	63	23	–	12	–	99	1,01	97	1,01	81	1,03
Коморские Острова	70	95	32	–	8	21	82	1,00	81	1,02	50	1,07
Демократическая Республика Конго	109	117	29	–	36	31	–	–	–	–	–	–
Республика Конго	111	106	27	–	–	27	84	0,98	–	–	–	–
Коста-Рика	41	52	21	–	7	–	100	1,00	96	1,01	92	1,03
Кот-д'Ивуар	123	96	27	37	16	25	96	0,93	58	0,88	42	0,77
Хорватия	9	33	–	–	4	–	98	1,02	99	1,02	88	1,05
Куба	53	72	29	–	5	–	100	1,00	88	1,01	85	1,05
Кюрасао	23	–	–	–	–	–	93	0,99	85	1,01	77	1,08
Кипр	8	–	–	–	3	–	99	1,00	99	1,00	93	0,97
Чехия	11	35	–	–	4	–	99	1,01	100	1,00	96	1,00
Дания	2	30	–	–	3	–	99	1,01	100	0,99	91	1,01
Джибути	21	50	5	94	–	–	67	0,93	60	1,02	47	0,99
Доминика	47	–	–	–	–	–	99	1,00	97	1,02	80	0,85
Доминиканская Республика	54	84	36	–	10	77	96	1,01	91	1,01	74	1,04
Эквадор	64	80	22	–	8	87	99	–	98	1,03	79	1,02
Египет	52	–	17	87	15	–	99	–	98	1,02	77	0,98
Сальвадор	70	58	26	–	6	–	84	1,01	78	1,01	60	0,97
Экваториальная Гвинея	176	–	30	–	29	–	45	1,02	–	–	–	–
Эритрея	76	53	41	83	–	–	53	0,91	64	0,88	51	0,86
Эстония	10	38	–	–	4	–	98	1,01	99	1,01	98	1,00
Эсватини	87	111	5	–	18	49	85	0,98	97	1,00	84	0,96
Эфиопия	80	79	40	65	27	45	87	0,91	53	0,92	26	0,91
Фиджи	23	–	–	–	23	–	99	0,99	96	–	74	1,09
Финляндия	4	33	0	–	8	–	98	1,01	100	1,00	96	0,98
Франция	9	29	–	–	5	–	100	1,00	100	1,00	96	1,01
Французская Гвиана	76	71	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Французская Полинезия	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Габон	91	112	22	–	22	48	–	–	–	–	–	–
Гамбия	68	54	26	76	10	23	87	1,13	69	1,03	–	–
Грузия	29	94	14	–	3	82	99	1,01	99	1,01	95	1,03
Германия	7	21	–	–	–	–	99	1,01	96	1,02	85	0,98
Гана	78	102	19	2	10	52	94	1,02	92	1,04	75	1,00
Греция	9	33	–	–	5	–	99	1,01	97	0,99	99	0,98

## ГЕНДЕР, ПРАВА И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ

Страны, территории, прочие области	Кoeffициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет	Непреднамеренные беременные на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет <sup>2</sup>	Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет, в процентах	Распространенность КЖПО среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах	Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев, в процентах	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах	Общий чистый коэффициент зачисления в начальную школу, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый совокупный показатель охвата неполным средним образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием
	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Гренада	36	–	–	–	8	–	99	–	97	–	97	1,00
Гваделупа	9	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гуам	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гватемала	77	63	30	–	7	65	89	1,01	65	0,94	37	0,94
Гвинея	120	70	47	95	21	29	86	0,85	49	0,70	33	0,59
Гвинея-Бисау	84	99	26	52	–	–	73	0,95	–	–	–	–
Гайана	74	76	30	–	11	71	98	0,97	93	1,02	70	1,11
Гаити	55	107	15	–	12	59	–	–	–	–	–	–
Гондурас	89	68	34	–	7	70	84	1,02	57	1,06	42	1,15
Венгрия	22	27	–	–	6	–	95	1,00	97	1,00	88	1,01
Исландия	5	33	–	–	3	–	100	1,00	100	1,00	84	1,04
Индия	12	62	27	–	18	–	95	1,02	85	1,04	58	1,04
Индонезия	36	40	16	–	9	–	94	0,95	84	1,07	77	1,01
Иран (Исламская Республика)	31	–	17	–	18	–	100	0,99	95	0,97	74	0,97
Ирак	70	–	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–
Ирландия	6	–	–	–	3	–	100	–	99	–	98	1,01
Израиль	8	–	–	–	6	–	100	–	100	–	98	–
Италия	4	28	–	–	4	–	97	1,00	98	1,00	94	1,01
Ямайка	52	87	8	–	7	–	–	–	76	1,06	54	1,57
Япония	3	21	–	–	4	–	98	1,00	98	1,00	99	1,02
Иордания	27	–	10	–	14	61	80	0,99	72	1,00	57	1,10
Казахстан	23	57	7	–	6	–	90	1,01	100	–	99	–
Кения	96	113	23	21	23	56	81	1,04	–	–	–	–
Кирибати	51	–	18	–	25	–	97	–	–	–	–	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	1	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Республика Корея	1	35	–	–	8	–	100	1,00	95	1,00	93	1,00
Кувейт	5	–	–	–	–	–	97	1,04	94	1,05	82	1,03
Кыргызстан	38	40	13	–	13	77	100	0,99	99	0,99	73	1,06
Лаосская Народно-Демократическая Республика	83	51	33	–	8	–	92	0,98	70	1,00	53	0,92
Латвия	12	34	–	–	6	–	99	1,01	98	1,01	95	1,02
Ливан	12	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Лесото	91	99	16	–	17	61	98	1,01	83	1,11	66	1,15
Либерия	128	106	36	44	27	62	79	1,01	79	0,90	74	0,86
Ливия	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	11	26	0	–	5	–	100	–	100	–	97	1,02
Люксембург	5	–	–	–	4	–	99	1,00	98	0,98	81	1,04
Мадагаскар	151	95	40	–	–	74	98	–	70	1,03	36	0,97
Малави	138	115	42	–	17	47	98	–	81	1,01	31	0,64
Малайзия	9	–	–	–	–	–	99	1,00	88	1,04	64	1,14
Мальдивы	9	60	2	13	6	58	98	1,03	91	–	–	–
Мали	164	68	54	89	18	8	59	0,90	47	0,86	25	0,74
Мальта	12	–	–	–	4	–	100	–	98	–	92	1,03
Мартиника	17	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Мавритания	84	68	37	67	–	–	77	1,05	72	1,08	39	1,12



Отслеживание прогресса в достижении целей МКНР  
**ГЕНДЕР, ПРАВА И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ**

Страны, территории, прочие области	Кoeffициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет	Непреднамеренные беременности на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет <sup>2</sup>	Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет, в процентах	Распространенность КЖПО среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах	Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев, в процентах	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах	Общий чистый коэффициент зачисления в начальную школу, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый совокупный показатель охвата неполным средним образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием
	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Маврикий	23	–	–	–	–	–	100	1,02	97	1,03	78	1,12
Мексика	62	60	21	–	10	–	99	–	92	1,03	73	1,06
Федеративные Штаты Микронезии	44	–	–	–	21	–	83	1,02	87	1,06	–	–
Республика Молдова	21	26	12	–	9	73	99	–	99	–	88	1,01
Монголия	31	31	12	–	12	63	99	0,99	92	1,01	88	1,07
Черногория	10	11	6	–	4	–	100	1,00	94	1,00	88	1,03
Марокко	19	–	14	–	11	–	100	1,00	93	0,97	75	0,96
Мозамбик	180	88	53	–	16	49	99	0,97	57	0,87	31	0,76
Мьянма	28	35	16	–	11	67	98	0,99	79	1,03	57	1,16
Намибия	64	104	7	–	16	71	98	1,03	–	–	–	–
Непал	63	60	33	–	11	48	96	–	97	1,03	81	1,18
Нидерланды	3	18	–	–	5	–	100	1,01	97	1,01	99	1,01
Новая Каледония	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Новая Зеландия	13	41	–	–	4	–	100	1,01	100	1,00	99	1,03
Никарагуа	103	56	35	–	6	–	96	1,03	88	1,03	64	1,08
Нигер	154	49	76	2	13	7	59	0,88	35	0,79	14	0,67
Нигерия	106	68	43	20	13	46	66	0,84	–	–	–	–
Северная Македония	15	23	8	–	4	88	99	1,00	–	–	–	–
Норвегия	3	34	–	–	4	–	100	1,00	100	0,99	92	1,01
Оман	8	–	4	–	–	–	98	1,02	97	0,99	90	0,90
Пакистан	54	71	18	–	16	40	–	–	–	–	–	–
Палестина <sup>1</sup>	43	–	13	–	19	–	95	1,00	97	1,04	77	1,21
Панама	74	73	26	–	8	79	89	1,02	76	0,97	69	1,06
Папуа – Новая Гвинея	68	80	27	–	31	57	98	0,94	72	0,90	45	0,80
Парагвай	72	67	22	–	6	–	80	1,00	76	1,01	70	1,05
Перу	44	90	17	–	11	–	98	–	98	1,00	96	0,94
Филиппины	36	71	17	–	6	81	97	0,99	89	1,07	80	1,09
Польша	10	29	–	–	3	–	99	1,00	97	0,98	98	1,00
Португалия	7	21	–	–	4	–	100	0,99	100	1,00	100	0,99
Пуэрто-Рико	22	54	–	–	–	–	87	1,04	90	1,07	76	1,05
Катар	7	–	4	–	–	–	98	1,03	93	0,94	–	–
Реюньон	28	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Румыния	36	44	–	–	7	–	87	1,00	89	0,99	80	1,03
Российская Федерация	22	64	–	–	–	–	100	1,01	100	1,01	98	1,01
Руанда	41	98	7	–	24	63	94	1,00	96	1,04	50	1,02
Сент-Китс и Невис	46	–	–	–	–	–	99	–	–	–	96	0,99
Сент-Люсия	25	69	24	–	–	–	97	1,06	91	0,99	84	0,95
Сент-Винсент и Гренадины	52	–	–	–	–	–	97	–	98	–	85	1,02
Самоа	39	66	7	–	18	–	100	–	–	–	90	1,11
Сан-Марино	1	–	–	–	–	–	96	0,97	92	1,00	43	0,81
Сан-Томе и Принсипи	86	130	28	–	18	46	94	1,00	90	1,06	83	1,03
Саудовская Аравия	9	–	–	–	–	–	95	1,00	98	0,98	96	0,94
Сенегал	68	61	31	25	12	7	75	1,14	40	1,19	20	1,13
Сербия	12	21	6	–	4	96	97	1,00	97	1,00	86	1,03
Сейшельские Острова	68	–	–	–	–	–	99	–	97	–	86	1,13

## ГЕНДЕР, ПРАВА И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ

Страны, территории, прочие области	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Сьерра-Леоне	102	88	30	86	20	36	98	–	51	0,99	35	0,93
Сингапур	2	19	0	–	2	–	100	–	100	1,00	100	1,00
Синт-Мартин	–	–	–	–	–	–	97	–	88	1,06	78	0,95
Словакия	26	27	–	–	6	–	97	1,00	95	1,00	89	1,00
Словения	4	33	–	–	3	–	100	1,01	99	1,01	99	1,00
Соломоновы Острова	78	114	21	–	28	–	93	1,05	–	–	–	–
Сомали	118	100	36	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Южная Африка	41	81	4	–	13	65	89	1,02	90	1,01	79	1,01
Южный Судан	158	54	52	–	27	–	38	0,77	44	0,72	36	0,65
Испания	6	20	–	–	3	–	97	1,00	100	–	99	1,01
Шри-Ланка	21	39	10	–	4	–	99	–	100	1,00	84	1,06
Судан	87	–	34	87	17	–	67	0,93	66	0,97	48	1,08
Суринам	54	67	36	–	8	–	88	1,04	85	1,09	62	1,15
Швеция	4	36	–	–	6	–	100	–	100	–	99	0,99
Швейцария	2	20	–	–	2	–	100	–	99	0,99	81	0,96
Сирийская Арабская Республика	22	–	13	–	–	–	72	0,98	62	0,97	34	1,00
Таджикистан	54	37	9	–	14	33	99	0,99	94	0,94	61	0,74
Объединенная Республика Танзания	139	105	31	10	24	47	84	1,04	28	–	14	0,76
Таиланд	23	38	20	–	9	–	–	–	–	–	79	1,00
Демократическая Республика Тимор-Лешти	42	50	15	–	28	40	95	1,04	90	1,04	76	1,07
Того	79	100	25	3	13	30	99	0,98	79	0,85	44	0,64
Тонга	30	49	10	–	17	–	99	–	89	1,15	59	1,33
Тринидад и Тобаго	32	84	11	–	8	–	99	0,99	–	–	–	–
Тунис	7	–	2	–	10	–	99	–	–	–	–	–
Турция	19	–	15	–	12	–	95	0,99	97	0,99	82	0,97
Туркменистан	22	23	6	–	–	59	–	–	–	–	–	–
Острова Теркс и Кайкос	21	–	–	–	–	–	99	–	80	1,06	68	0,90
Тувалу	27	–	10	–	20	–	83	1,03	67	0,92	35	1,21
Уганда	111	145	34	0	26	62	96	1,03	–	–	–	–
Украина	18	27	9	–	9	81	92	1,02	96	1,01	94	1,03
Объединенные Арабские Эмираты	4	–	–	–	–	–	100	–	99	–	98	1,01
Соединенное Королевство	12	36	0	–	4	–	99	1,00	100	1,00	97	1,01
Соединенные Штаты Америки	17	35	–	–	6	–	99	1,00	100	1,02	96	0,98
Американские Виргинские острова	39	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Уругвай	36	41	25	–	4	–	99	1,01	99	1,01	89	1,06
Узбекистан	19	29	7	–	–	–	99	0,98	99	0,98	86	0,99
Вануату	51	87	21	–	29	–	97	0,99	75	1,04	44	1,14
Боливарианская Республика Венесуэла	95	–	–	–	9	–	90	1,00	86	1,02	77	1,12
Вьетнам	35	86	11	–	10	–	99	–	–	–	–	–
Западная Сахара	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Йемен	67	–	32	19	–	–	84	0,88	72	0,85	44	0,59
Замбия	135	123	29	–	28	49	85	1,05	–	–	–	–
Зимбабве	108	74	34	–	18	60	86	1,02	98	0,95	52	0,90



## ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- <sup>1</sup> 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, согласно которой Палестине был предоставлен «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом...».
- <sup>2</sup> Данные предоставлены Институтом Гутмахера.

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

**Коэффициент рождаемости среди подростков:** число рождений на 1000 девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет (показатель 3.7.2 ЦУР).

**Уровень непреднамеренной беременности:** предполагаемое ежегодное количество непреднамеренных беременностей в расчете на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет.

**Вступившие в брак в возрасте до 18 лет:** доля женщин в возрасте от 20 до 24 лет, которые состояли в браке или в союзе до достижения 18-летнего возраста (показатель 5.3.1 ЦУР).

**Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте от 15 до 49 лет:** доля девушек в возрасте от 15 до 49 лет, подвергшихся калечащим операциям на женских половых органах (показатель 5.3.2 ЦУР).

**Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев:** процент женщин и девочек в возрасте от 15 до 49 лет, которые когда-либо вступали в партнерские отношения и подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны партнера в течение последних 12 месяцев (показатель 5.2.1 ЦУР).

**Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав:** процентная доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые принимают свои собственные решения во всех трех областях: об охране своего здоровья, об использовании противозачаточных средств и о вступлении в половую связь со своим партнером (показатель 5.6.1 ЦУР).

**Общий чистый показатель охвата начальным образованием:** процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе начального образования, которые были зачислены в учреждения начального школьного образования.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием:** соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в начальную школу.

**Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы:** процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе младших классов среднего образования, которые были зачислены в учреждения среднего школьного образования.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата школьным образованием, неполное среднее образование:** соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в младшие классы средней школы.

**Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы:** процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе старших классов среднего образования, которые были зачислены в учреждения школьного образования любого уровня.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием:** соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в старшие классы средней школы.

## ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

**Рождаемость среди подростков:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2021 год.

**Уровень непреднамеренной беременности:** Bearak, Jonathan and others, 2022. «Оценки частоты наступления непреднамеренной беременности и абортов по конкретным странам: глобальный сравнительный анализ уровней за 2015–2019 годы». BMJ Global Health, in press. Методологическая информация доступна по адресу: <https://data.guttmacher.org/countries>

**Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет:** ЮНИСЕФ, 2021 г. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных ЮНИСЕФ.

**Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте от 15 до 49 лет:** ЮНИСЕФ, 2021 г. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных ЮНИСЕФ.

**Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев:** Межведомственная группа по оценке и данным по насилию в отношении женщин (ВОЗ, Структура «ООН-Женщины»), ЮНИСЕФ, Статистический отдел Организации Объединенных Наций, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и ЮНФПА), 2021 г. .

**Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав:** ЮНФПА, 2022 год.

**Общий чистый показатель охвата начальным образованием:** Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием:** Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г.

**Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы:** Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата школьным образованием, неполное среднее образование:** Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г.

**Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы:** Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием:** Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г.

# ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Мир и регионы	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах	Население в возрасте 0–14 лет, в процентах	Население в возрасте 10–19 лет, в процентах	Население в возрасте 10–24 лет, в процентах	Население в возрасте 15–64 лет, в процентах	Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах	Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	Мужчины	Женщины
<b>Мир и регионы</b>	<b>2022</b>	<b>2020–2025</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>Мужчины</b>	<b>Женщины</b>
Весь мир	7954	1,0	25	16	24	65	10	2,4	71	76
Более развитые регионы	1277	0,1	16	11	17	64	20	1,6	77	83
Менее развитые регионы	6677	1,1	27	17	25	65	8	2,5	70	74
Наименее развитые страны	1107	2,2	38	22	32	58	4	3,8	64	68
<b>Регионы ЮНФПА</b>										
Арабские государства	393	2,0	34	19	28	61	5	3,2	70	74
Азиатско-Тихоокеанский регион	4149	0,8	23	16	23	68	9	2,1	71	75
Восточная Европа и Центральная Азия	251	0,5	23	15	21	66	11	2,1	71	78
Латинская Америка и Карибский бассейн	661	0,8	23	16	24	67	9	2,0	73	79
Восточная и южная части Африки	649	2,5	41	23	32	56	3	4,1	62	67
Западная и Центральная Африка	483	2,6	43	23	32	55	3	4,8	58	60
<b>Страны, территории, прочие области</b>										
<b>Страны, территории, прочие области</b>	<b>2022</b>	<b>2020–2025</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>Мужчины</b>	<b>Женщины</b>
Афганистан	40,8	2,2	41	25	35	57	3	3,9	64	67
Албания	2,9	-0,3	17	12	19	67	16	1,6	77	80
Алжир	45,4	1,6	31	16	23	62	7	2,8	76	79
Ангола	35,0	3,2	46	24	33	52	2	5,2	59	65
Антигуа и Барбуда	0,1	0,8	22	14	21	68	10	2,0	76	79
Аргентина	46,0	0,9	24	16	23	64	12	2,2	74	80
Армения	3,0	0,1	21	13	19	67	13	1,8	72	79
Аруба <sup>1</sup>	0,1	0,4	17	13	19	67	16	1,9	74	79
Австралия <sup>2</sup>	26,1	1,1	19	12	19	64	17	1,8	82	86
Австрия	9,1	0,2	15	10	15	66	20	1,6	80	84
Азербайджан <sup>3</sup>	10,3	0,7	23	14	20	69	8	2,0	71	76
Багамские Острова	0,4	0,9	21	16	24	71	8	1,7	72	76
Бахрейн	1,8	1,8	18	11	18	79	3	1,9	77	79
Бангладеш	167,9	0,9	26	18	27	69	6	1,9	72	75
Барбадос	0,3	0,1	16	12	19	66	18	1,6	78	81
Беларусь	9,4	-0,1	18	11	15	66	17	1,7	70	80
Бельгия	11,7	0,3	17	12	17	63	20	1,7	80	84
Белиз	0,4	1,7	28	19	29	66	5	2,2	72	78
Бенин	12,8	2,6	42	23	32	55	3	4,6	61	64
Бутан	0,8	1,0	24	17	26	69	7	1,9	72	73
Боливия (Многонациональное Государство)	12,0	1,3	29	19	28	63	8	2,6	69	75
Босния и Герцеговина	3,2	-0,4	14	11	17	67	19	1,2	75	80
Ботсвана	2,4	1,8	33	20	29	63	5	2,7	67	73
Бразилия	215,4	0,6	20	14	22	70	10	1,7	73	80
Бруней-Даруссалам	0,4	0,8	22	15	22	72	6	1,8	75	78
Болгария	6,8	-0,8	15	10	15	63	22	1,6	72	79
Буркина-Фасо	22,1	2,8	44	24	33	54	2	4,9	62	64
Бурунди	12,6	2,9	45	23	32	53	3	5,1	61	64
Камбоджа	17,2	1,3	30	19	27	65	5	2,4	68	73



# ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страны, территории, прочие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах	Население в возрасте 0–14 лет, в процентах	Население в возрасте 10–19 лет, в процентах	Население в возрасте 10–24 лет, в процентах	Население в возрасте 15–64 лет, в процентах	Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах	Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	Мужчины	Женщины
Республика Камерун	27,9	2,5	42	23	33	56	3	4,3	59	62
Канада	38,4	0,8	16	11	17	65	19	1,5	81	85
Кабо-Верде	0,6	1,0	27	18	26	68	5	2,2	70	77
Центральноафриканская Республика	5,0	2,0	43	26	36	55	3	4,4	52	57
Чад	17,4	2,9	46	25	34	52	3	5,4	54	57
Чили	19,3	0,1	19	13	20	68	13	1,6	78	83
Китай <sup>4</sup>	1448,5	0,3	18	12	17	70	13	1,7	75	80
Гонконг, САР Китая <sup>5</sup>	7,6	0,7	13	8	12	67	20	1,4	82	88
Макао, САР Китая <sup>6</sup>	0,7	1,3	15	8	12	72	14	1,3	82	88
Колумбия	51,5	0,4	22	15	24	69	10	1,7	75	80
Коморские Острова	0,9	2,1	39	22	31	58	3	4,0	63	67
Демократическая Республика Конго	95,2	3,0	45	24	32	52	3	5,5	60	63
Республика Конго	5,8	2,4	41	23	32	57	3	4,2	64	67
Коста-Рика	5,2	0,8	20	14	21	69	11	1,7	78	83
Кот-д'Ивуар	27,7	2,5	41	23	33	56	3	4,4	57	60
Хорватия	4,1	-0,5	14	10	16	64	22	1,4	76	82
Куба	11,3	-0,1	16	11	17	68	16	1,6	77	81
Кюрасао <sup>1</sup>	0,2	0,4	18	13	19	64	19	1,7	76	82
Кипр <sup>7</sup>	1,2	0,6	16	12	19	69	15	1,3	79	83
Чехия	10,7	0,1	16	10	15	64	21	1,7	77	82
Дания <sup>8</sup>	5,8	0,4	16	11	18	63	21	1,8	79	83
Джибути	1,0	1,3	28	18	27	67	5	2,5	66	70
Доминика	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	11,1	0,9	27	18	26	65	8	2,2	72	78
Эквадор	18,1	1,2	27	17	26	65	8	2,3	75	80
Египет	106,2	1,8	34	19	27	61	6	3,2	70	75
Сальвадор	6,6	0,5	26	17	27	65	9	2,0	69	78
Экваториальная Гвинея	1,5	3,1	37	20	29	61	2	4,2	59	61
Эритрея	3,7	1,7	40	25	33	56	4	3,8	65	70
Эстония	1,3	-0,3	16	11	15	63	21	1,6	75	83
Эсватини	1,2	1,1	36	24	33	60	4	2,8	57	66
Эфиопия	120,8	2,4	39	23	33	57	4	3,9	66	70
Фиджи	0,9	0,7	29	18	26	65	6	2,7	66	70
Финляндия <sup>9</sup>	5,6	0,1	15	11	17	61	23	1,4	80	85
Франция <sup>10</sup>	65,6	0,2	17	12	18	61	21	1,8	80	86
Французская Гвиана <sup>11</sup>	0,3	2,4	32	19	27	63	6	3,2	78	83
Французская Полинезия <sup>11</sup>	0,3	0,6	22	15	23	69	10	1,9	76	80
Габон	2,3	2,2	37	19	27	59	4	3,8	65	69
Гамбия	2,6	2,8	44	23	32	54	3	4,9	62	65
Грузия <sup>12</sup>	4,0	-0,3	20	12	18	64	16	2,0	70	79
Германия	83,9	-0,1	14	9	15	64	22	1,6	80	84
Гана	32,4	2,0	37	21	30	60	3	3,7	64	66
Греция	10,3	-0,5	13	10	15	64	23	1,3	80	85

# ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страны, территории, прочие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах	Население в возрасте 0–14 лет, в процентах	Население в возрасте 10–19 лет, в процентах	Население в возрасте 10–24 лет, в процентах	Население в возрасте 15–64 лет, в процентах	Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах	Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	Мужчины	Женщины
Гренада	0,1	0,4	24	15	22	66	10	2,0	70	75
Гваделупа <sup>11</sup>	0,4	0,0	18	14	21	62	21	2,1	79	86
Гуам <sup>13</sup>	0,2	0,8	23	16	24	65	11	2,2	78	84
Гватемала	18,6	1,8	33	21	31	62	5	2,7	72	78
Гвинея	13,9	2,7	42	24	34	55	3	4,4	62	63
Гвинея-Бисау	2,1	2,3	41	23	32	56	3	4,2	57	61
Гайана	0,8	0,5	27	18	27	65	8	2,4	67	73
Гаити	11,7	1,2	32	20	30	63	5	2,8	63	67
Гондурас	10,2	1,5	30	20	30	65	5	2,3	73	78
Венгрия	9,6	-0,3	14	10	15	65	21	1,5	74	81
Исландия	0,3	0,6	19	13	20	65	17	1,7	82	85
Индия	1406,6	0,9	25	18	27	68	7	2,1	69	72
Индонезия	279,1	1,0	25	17	25	68	7	2,2	70	75
Исламская Республика Иран	86,0	1,1	25	14	21	68	7	2,1	76	78
Ирак	42,2	2,3	37	22	31	60	4	3,5	69	73
Ирландия	5,0	0,7	20	14	20	65	15	1,8	81	84
Израиль	8,9	1,5	28	17	24	60	13	2,9	82	85
Италия	60,3	-0,2	13	10	14	64	24	1,3	82	86
Ямайка	3,0	0,4	23	15	24	68	10	1,9	73	77
Япония	125,6	-0,4	12	9	14	59	29	1,4	82	88
Иордания	10,3	0,3	31	21	31	64	4	2,6	73	77
Казахстан	19,2	1,0	29	16	21	63	8	2,6	70	78
Кения	56,2	2,2	37	24	33	60	3	3,3	65	70
Кирибати	0,1	1,6	36	20	29	60	5	3,4	65	73
Корейская Народно-Демократическая Республика	26,0	0,4	20	13	21	70	10	1,9	69	76
Республика Корея	51,3	0,0	12	9	15	71	17	1,1	80	86
Кувейт	4,4	1,1	21	14	19	76	4	2,0	75	77
Кыргызстан	6,7	1,4	33	18	25	62	5	2,8	68	76
Лаосская Народно-Демократическая Республика	7,5	1,3	31	20	29	64	5	2,5	67	71
Латвия	1,8	-1,0	17	10	14	62	21	1,7	71	80
Ливан	6,7	-1,3	24	16	24	68	8	2,0	77	81
Лесото	2,2	0,8	32	20	29	63	5	3,0	52	59
Либерия	5,3	2,4	40	23	32	57	3	4,1	64	66
Ливия	7,0	1,1	27	18	25	68	5	2,1	71	76
Литва	2,7	-1,0	16	9	14	63	22	1,7	71	82
Люксембург	0,6	1,1	16	11	17	69	15	1,4	81	85
Мадагаскар	29,2	2,6	40	23	32	57	3	3,9	66	70
Малави	20,2	2,7	42	25	34	55	3	3,9	62	69
Малайзия <sup>14</sup>	33,2	1,2	23	15	24	69	8	1,9	75	79
Мальдивы	0,5	-0,7	20	12	19	76	4	1,8	78	81
Мали	21,5	2,9	46	25	34	51	3	5,5	60	61
Мальта	0,4	0,3	15	9	15	63	22	1,5	81	85
Мартиника <sup>11</sup>	0,4	-0,2	15	12	19	62	23	1,8	80	86
Мавритания	4,9	2,6	39	22	31	57	3	4,3	64	67



# ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страны, территории, прочие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах	Население в возрасте 0–14 лет, в процентах	Население в возрасте 10–19 лет, в процентах	Население в возрасте 10–24 лет, в процентах	Население в возрасте 15–64 лет, в процентах	Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах	Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	Мужчины	Женщины
Маврикий <sup>15</sup>	1,3	0,1	16	13	20	70	14	1,3	72	79
Мексика	131,6	1,0	25	17	25	67	8	2,0	73	78
Федеративные Штаты Микронезии	0,1	1,0	31	20	29	64	5	2,9	67	70
Республика Молдова <sup>16</sup>	4,0	-0,3	16	11	16	71	14	1,3	68	76
Монголия	3,4	1,4	31	16	23	64	5	2,8	66	75
Черногория	0,6	0,0	18	12	19	66	17	1,7	75	80
Марокко	37,8	1,1	26	17	24	66	8	2,3	76	79
Мозамбик	33,1	2,8	44	24	34	54	3	4,6	59	65
Мьянма	55,2	0,8	25	18	26	69	7	2,1	65	71
Намибия	2,6	1,8	37	21	30	60	4	3,2	62	68
Непал	30,2	1,7	27	20	30	67	6	1,8	70	73
Нидерланды <sup>17</sup>	17,2	0,2	15	11	17	64	21	1,7	81	84
Новая Каледония <sup>11</sup>	0,3	0,9	21	15	23	68	10	1,9	76	81
Новая Зеландия <sup>18</sup>	4,9	0,8	19	13	19	64	17	1,8	81	84
Никарагуа	6,8	1,1	29	19	27	65	6	2,3	72	79
Нигер	26,1	3,7	49	25	33	48	3	6,6	62	65
Нигерия	216,7	2,5	43	23	32	54	3	5,1	55	57
Северная Македония	2,1	-0,1	16	11	17	69	15	1,5	74	78
Норвегия <sup>19</sup>	5,5	0,8	17	12	18	65	18	1,7	81	85
Оман	5,3	1,7	23	12	18	74	3	2,6	77	81
Пакистан	229,5	1,8	34	20	30	61	5	3,3	67	69
Палестина <sup>20</sup>	5,3	2,3	38	22	31	59	3	3,4	73	76
Панама	4,4	1,4	26	17	25	65	9	2,4	76	82
Папуа – Новая Гвинея	9,3	1,9	35	21	31	62	4	3,4	64	67
Парагвай	7,3	1,2	28	18	27	65	7	2,3	73	77
Перу	33,7	0,9	25	15	23	66	9	2,2	75	80
Филиппины	112,5	1,3	29	19	28	65	6	2,4	68	76
Польша	37,7	-0,2	15	10	15	65	20	1,5	75	83
Португалия	10,1	-0,3	13	10	15	64	24	1,3	80	85
Пуэрто-Рико <sup>13</sup>	2,8	0,3	14	14	20	64	22	1,2	77	84
Катар	3,0	1,6	14	9	17	84	2	1,8	80	82
Реюньон <sup>11</sup>	0,9	0,7	22	15	23	65	14	2,2	78	84
Румыния	19,0	-0,5	15	11	16	65	20	1,6	73	80
Российская Федерация	145,8	-0,1	19	11	16	65	17	1,8	68	78
Руанда	13,6	2,4	39	22	31	58	3	3,8	68	72
Сент-Китс и Невис	0,1	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Люсия	0,2	0,4	18	13	21	72	11	1,4	75	78
Сент-Винсент и Гренадины	0,1	0,2	21	15	24	68	10	1,8	71	76
Самоа	0,2	1,1	37	21	30	58	5	3,7	72	76
Сан-Марино	0,0	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	0,2	1,9	41	25	34	56	3	4,1	68	73
Саудовская Аравия	35,8	1,4	24	14	21	72	4	2,2	74	77
Сенегал	17,7	2,6	42	23	32	55	3	4,4	67	71
Сербия <sup>21</sup>	8,7	-0,5	15	11	17	65	20	1,4	74	79
Сейшельские Острова	0,1	0,5	24	15	21	68	9	2,4	70	78
Сьерра-Леоне	8,3	2,0	40	23	33	57	3	3,9	55	57

# ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страны, территории, прочие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах	Население в возрасте 0–14 лет, в процентах	Население в возрасте 10–19 лет, в процентах	Население в возрасте 10–24 лет, в процентах	Население в возрасте 15–64 лет, в процентах	Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах	Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	Мужчины	Женщины
Сингапур	5,9	0,8	12	8	14	72	15	1,2	82	86
Синт-Мартин <sup>1</sup>	0,0	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Словакия	5,5	0,0	16	10	15	67	18	1,6	75	81
Словения	2,1	-0,1	15	10	14	63	22	1,6	79	84
Соломоновы Острова	0,7	2,4	40	22	31	57	4	4,2	72	75
Сомали	16,8	2,9	46	25	34	51	3	5,7	57	60
Южная Африка	60,8	1,1	28	18	26	66	6	2,3	61	68
Южный Судан	11,6	2,1	41	23	33	56	3	4,4	57	60
Испания <sup>22</sup>	46,7	-0,1	14	10	15	65	21	1,4	81	87
Шри-Ланка	21,6	0,3	23	16	23	65	12	2,1	74	81
Судан	46,0	2,4	39	23	32	57	4	4,2	64	68
Суринам	0,6	0,8	26	17	25	66	7	2,3	69	75
Швеция	10,2	0,6	18	11	17	62	21	1,8	82	85
Швейцария	8,8	0,6	15	10	15	65	20	1,6	82	86
Сирийская Арабская Республика	19,4	5,5	31	18	26	65	5	2,7	72	79
Таджикистан	10,0	2,0	37	19	27	59	4	3,4	69	74
Объединенная Республика Танзания <sup>23</sup>	63,3	2,9	43	24	33	54	3	4,7	65	68
Таиланд	70,1	0,2	16	12	18	70	14	1,5	74	81
Демократическая Республика Тимор-Лешти	1,4	1,9	36	22	32	59	4	3,7	68	72
Того	8,7	2,3	40	23	32	57	3	4,1	61	63
Тонга	0,1	0,9	34	22	31	60	6	3,4	69	73
Тринидад и Тобаго	1,4	0,2	20	14	20	68	12	1,7	71	77
Тунис	12,0	0,9	24	14	21	66	10	2,1	75	79
Турция	85,6	0,6	23	16	24	67	10	2,0	75	81
Туркменистан	6,2	1,3	31	17	25	64	5	2,6	65	72
Острова Теркс и Кайкос	0,0	1,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Тувалу	0,0	1,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Уганда	48,4	2,7	45	25	35	53	2	4,5	62	67
Украина <sup>24</sup>	43,2	-0,6	16	11	15	67	18	1,4	68	77
Объединенные Арабские Эмираты	10,1	0,9	15	9	17	83	2	1,3	78	80
Соединенное Королевство <sup>25</sup>	68,5	0,4	18	12	17	63	19	1,7	80	83
Соединенные Штаты Америки <sup>26</sup>	334,8	0,6	18	13	19	65	17	1,8	77	82
Американские Виргинские острова <sup>13</sup>	0,1	-0,3	19	14	20	60	22	2,0	79	83
Уругвай	3,5	0,3	20	14	21	64	16	1,9	75	82
Узбекистан	34,4	1,2	29	17	24	66	5	2,3	70	74
Вануату	0,3	2,3	38	22	30	59	4	3,6	69	73
Боливарианская Республика Венесуэла	29,3	2,0	26	18	26	66	8	2,2	69	76
Вьетнам	99,0	0,8	23	14	21	68	9	2,0	72	80
Западная Сахара	0,6	2,2	27	16	25	69	4	2,3	69	73
Йемен	31,2	2,1	38	23	32	59	3	3,5	65	68
Замбия	19,5	2,8	43	25	34	55	2	4,4	62	68
Зимбабве	15,3	1,6	41	25	34	56	3	3,3	60	64



## ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- <sup>1</sup> Для целей статистики данные по Нидерландам не включают эту область.
- <sup>2</sup> Включая Остров Рождества, Кокосовые острова (Килинг) и остров Норфолк.
- <sup>3</sup> Включая и Нагорный Карабах.
- <sup>4</sup> Для целей статистики данные по Китаю не включают данные по Гонконгу и Макао, специальным административным районам (САР) Китая и китайской провинции Тайвань.
- <sup>5</sup> С 1 июля 1997 года Гонконг признан специальным административным районом Китая. Для целей статистики данные по Китаю не включают эту область.
- <sup>6</sup> С 20 декабря 1999 года Макао признан специальным административным районом Китая. Для целей статистики данные по Китаю не включают эту область.
- <sup>7</sup> Относится к стране в целом.
- <sup>8</sup> Для целей статистики данные по Дании не включают Фарерские острова и Гренландию.
- <sup>9</sup> Включая Аландские Острова.
- <sup>10</sup> Для целей статистики данные по Франции не включают Французскую Гвиану, Французскую Полинезию, Гваделупу, Мартинику, Майотту, Новую Каледонию, Реюньон, Сен-Пьер и Микелон, Сен-Бартелеми, Сен-Мартен (Французская часть) и острова Уоллис и Футуна.
- <sup>11</sup> Для целей статистики данные по Франции не включают эту область.
- <sup>12</sup> Включая Абхазию и Южную Осетию.
- <sup>13</sup> Для целей статистики данные по Соединенным Штатам Америки не включают эту область.
- <sup>14</sup> Включая Сабах и Саравак.
- <sup>15</sup> Включая Агалегу, Родригес и Каргадос-Карахос.
- <sup>16</sup> Включая Приднестровье.
- <sup>17</sup> Для целей статистики данные по Нидерландам не включают Арубу, Бонайре, Синт-Эстатиус и Сабу, Кюрасао или Синт-Мартен (голландская часть).
- <sup>18</sup> Для целей статистики данные по Новой Зеландии не включают острова Кука, Ниуэ или Токелау.
- <sup>19</sup> Включая Шпицберген и острова Ян-Майен.
- <sup>20</sup> Включая Восточный Иерусалим.
- <sup>21</sup> Включая Косово.
- <sup>22</sup> Включая Канарские острова, Сеуту и Мелилью.
- <sup>23</sup> Включая Занзибар.
- <sup>24</sup> Относится к территории страны на момент переписи 2001 года.
- <sup>25</sup> Относится к Соединенному Королевству Великобритании и Северной Ирландии. Для целей статистики данные по Соединенному Королевству не включают Ангилью, Бермудские острова, Британские Виргинские острова, Каймановы острова, Нормандские острова, Фолклендские (Мальвинские) острова, Гибралтар, остров Мэн, Монтсеррат, остров Святой Елены и острова Теркс и Кайкос.
- <sup>26</sup> Для целей статистики данные по Соединенным Штатам Америки не включают Американское Самоа, Гуам, Северные Марианские острова, Пуэрто-Рико и Американские Виргинские острова.

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

**Общая численность населения:** ориентировочная численность населения стран по состоянию на середину года.

**Среднегодовые темпы изменения численности населения:** усредненные экспоненциальные темпы роста численности населения за определенный период на основе прогноза по среднему варианту.

**Население в возрасте 0–14 лет, в процентах:** пропорциональная доля населения в возрасте 0–14 лет.

**Население в возрасте 10–19 лет, в процентах:** пропорциональная доля населения в возрасте от 10 до 19 лет.

**Население в возрасте 10–24 лет, в процентах:** пропорциональная доля населения в возрасте от 10 до 24 лет.

**Население в возрасте 15–64 лет, в процентах:** пропорциональная доля населения в возрасте от 15 до 64 лет.

**Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах:** пропорциональная доля населения в возрасте 65 лет и старше.

**Общий коэффициент рождаемости:** число детей, которых женщина могла бы родить в репродуктивном возрасте, если бы она дожила до выхода из репродуктивного возраста, а до этого рожала с периодичностью, характерной для соответствующей возрастной группы.

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении:** ожидаемая продолжительность жизни новорожденных детей в годах, если они на протяжении всей жизни будут подвергаться такому же риску смертности, что и народонаселение соответствующей страны в момент их рождения.

## ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

**Общая численность населения:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год.

**Среднегодовые темпы изменения численности населения:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год.

**Население в возрасте 0–14 лет, в процентах:** расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год.

**Население в возрасте 10–19 лет, в процентах:** расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год.

**Население в возрасте 10–24 лет, в процентах:** расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год.

**Население в возрасте 15–64 лет, в процентах:** расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год.

**Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах:** расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год.

**Общий коэффициент рождаемости:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год.

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год.



# Технические примечания

Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2022 году» включают показатели, которые отражают прогресс в достижении целей концепции последующей деятельности в связи с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) и Целей устойчивого развития (ЦУР) в области охраны материнского здоровья, доступа к образованию и охраны репродуктивного и сексуального здоровья. Кроме того, эти таблицы содержат различные демографические показатели. Статистические таблицы помогают ЮНФПА сосредоточивать внимание на достижении прогресса и результатов в построении мира, в котором каждая беременная стала бы желанной, каждые роды – безопасными, и все юноши и девушки могли бы реализовать свой потенциал.

Различные национальные ведомства и международные организации могут использовать разные методики сбора, экстраполяции и анализа данных. Для облегчения международной сопоставимости данных ЮНФПА опирается на стандартные методики, используемые главными источниками данных. Поэтому в некоторых случаях данные в этих таблицах отличаются от данных, подготовленных национальными ведомствами. Данные, представленные в настоящих таблицах, несопоставимы с данными, содержащимися в предыдущих докладах «Народонаселение мира», из-за обновления региональных классификаций и методик, а также пересмотра временных рядов данных.

Статистические таблицы построены на основе результатов, собранных в ходе национально репрезентативных обследований домохозяйств, таких как демографические и медицинские обследования (DHS) и многоиндикаторные кластерные обследования (MICS), оценок организаций системы Организации Объединенных Наций и межучрежденческих оценок. Они также содержат последние оценки и прогнозы по народонаселению, взятые из *World Population Prospects: The 2019 Revision* («Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2019 года») и *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2021* («Оценочные и прогнозные данные по показателям планирования семьи, рассчитанные на основе моделей, за 2021 год») (подготовленные Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций). Данные сопровождаются определениями, указанием источников и примечаниями. Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2022 году», как правило, отражают информацию, имевшуюся на февраль 2022 года.

## Отслеживание прогресса в достижении целей МКНР

### Сексуальное и репродуктивное здоровье

**Коэффициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений) и интервал неопределенности КМС (ИН 80%), нижняя и верхняя оценки.** Источник: Межучрежденческая группа по оценке материнской смертности Организации Объединенных Наций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк и Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций), 2019 год. Показатель отражает число материнских смертей в течение определенного периода времени на 100 000 живорождений за тот же период времени. Эти оценки подготовлены Межведомственной группой по оценке материнской смертности (МВГОМС) с использованием данных из систем регистрации актов гражданского состояния и учета естественного движения населения, результатов обследований домохозяйств и переписей населения. Оценки и методики регулярно анализируются МВГОМС, а также другими учреждениями и академическими институтами и при необходимости пересматриваются в рамках постоянного процесса повышения качества данных о материнской смертности. Указанные оценки не следует сопоставлять с прежними межучрежденческими оценками (показатель 3.1.1 ЦУР).

**Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, в процентах** Источник: Совместная глобальная база данных по квалифицированному родовспоможению, 2021 год, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных, содержащихся в совместной глобальной базе данных. Показатель родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (врачами, медсестрами или акушерками), отражает процентную долю родов, принимаемых медицинским персоналом, который обладает необходимой квалификацией для оказания жизненно важной акушерской помощи, включая необходимое наблюдение и уход за женщинами во время беременности, родов и в послеродовой период и консультирование женщин; самостоятельного принятия родов; а также ухода за новорожденными (показатель 3.1.2 ЦУР). К этим лицам не относятся традиционные повитухи, даже если они прошли краткий курс подготовки.

**Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения.** Источник: оценочные данные

ЮНЭЙДС по ВИЧ за 2021 год. Число новых случаев ВИЧ-инфекции на 1000 человеко-лет среди неинфицированного населения (показатель 3.3.1 ЦУР).

**Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, любой метод.** Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2021 год. Процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, использующих в настоящее время любой метод контрацепции. Оценки с использованием модели рассчитаны на основе данных, взятых из докладов о выборочных обследованиях. В рамках этих обследований оценивалась доля всех женщин репродуктивного возраста и замужних женщин (включая женщин, живущих в гражданском браке), которые в настоящее время пользуются любыми методами контрацепции.

**Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах, современные методы.** Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2021 год. Процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые в настоящее время используют любой современный метод контрацепции. Оценки с использованием модели рассчитаны на основе данных, взятых из докладов о выборочных обследованиях. В рамках этих обследований оценивалась доля всех женщин репродуктивного возраста и замужних женщин (включая женщин, живущих в гражданском браке), которые в настоящее время пользуются любыми современными методами контрацепции. Современные методы контрацепции включают женскую и мужскую стерилизацию, внутриматочную спираль (ВМС), имплантаты, инъекционные препараты, оральные контрацептивы, мужские и женские презервативы, вагинальные барьерные методы (включая диафрагму, цервикальный колпачок и спермицидную пену, желе, крем и губку), метод лактационной аменореи (ЛАМ), экстренную контрацепцию и другие современные методы, о которых отдельно не сообщается (например, противозачаточный пластырь или вагинальное кольцо).

**Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах.** Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2021 год. Процентная доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые хотят предотвратить или отсрочить деторождение, но не пользуются каким-либо методом контрацепции. Оценки с использованием модели рассчитаны на основе данных, взятых из докладов о выборочных обследованиях. Женщины,



использующие традиционные методы контрацепции, не рассматриваются как имеющие неудовлетворенную потребность в планировании семьи. Предполагается, что все женщины или все замужние и состоящие в гражданском браке женщины сексуально активны и подвержены риску беременности. Предположение об универсальной подверженности риску возможной беременности всех женщин или всех замужних или женщин, состоящих в гражданском браке, может привести к занижению оценок по сравнению с фактическим риском среди потенциально подверженных беременности. Возможно, особенно при низком уровне распространенности противозачаточных средств, что, когда распространенность противозачаточных средств увеличивается, неудовлетворенная потребность в планировании семьи также возрастает. Таким образом, оба показателя необходимо интерпретировать вместе.

**Доля потребности в планировании семьи, удовлетворенной современными методами, у женщин в возрасте 15–49 лет.** Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2021 год. Процентная доля совокупного спроса на средства планирования семьи у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, удовлетворенного современными методами контрацепции (показатель 3.7.1 ЦУР). Это число рассчитывается путем деления распространенности современных противозачаточных средств на совокупный спрос на средства планирования семьи. Совокупный спрос на средства планирования семьи равен сумме показателя распространенности любого метода контрацепции и показателя неудовлетворенной потребности в средствах планирования семьи.

**Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах.**

Источник: ЮНФПА, 2022 год. Степень, в которой страны обладают законами и нормативными актами, гарантирующими полный и равный доступ женщин и мужчин в возрасте 15 лет и старше к услугам, информации и образованию в области сексуального и репродуктивного здоровья (показатель 5.6.2 ЦУР).

**Показатель охвата всеобщими медицинскими услугами (УНС).**

Источник: ВОЗ, 2021. Средний охват основными услугами, основанный на отслеживаемых мерах, которые включают охрану репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей, инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания, а также возможности и доступ к услугам среди населения в целом и наиболее обездоленного населения (показатель 3.8.1 ЦУР).

**Гендер, права и человеческий капитал**

**Коэффициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте 15–19 лет.**

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2021 год. Число рождений на 1000 девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет (показатель 3.7.2 ЦУР). Показатель подростковой рождаемости показывает риск деторождения для девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет. Для целей регистрации актов гражданского состояния следует иметь в виду, что эти данные могут быть ограниченными в зависимости от полноты данных о деторождениях, обращения с младенцами, которые родились живыми, но умерли до момента регистрации или в первые 24 часа своей жизни, качества представленной информации о возрасте матери и включения деторождений за предыдущие периоды. На оценки, касающиеся народонаселения, могут влиять ограничения, связанные с неправильной регистрацией возраста и неполнотой охвата. При проведении обследований и переписей населения как числитель, так и знаменатель относятся к одной и той же группе населения. Основными недостатками являются неправильная регистрация возраста, отсутствие регистрации деторождения, неправильная регистрация даты рождения ребенка и изменчивость выборки при проведении обследований.

**Непреднамеренные беременности в расчете на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет**

Источник: Bearak and others, 2022. Во время издания настоящего доклада эти оценки готовились к публикации в Центре данных Института Гутмахера, который доступен по адресу: <https://data.guttmacher.org/countries>.

**Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет, в процентах.**

Источник: ЮНИСЕФ, 2021 год. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных ЮНИСЕФ. Доля женщин в возрасте от 20 до 24 лет, состоящих в официальном или гражданском браке до достижения 18-летнего возраста (показатель 5.3.1 ЦУР).

**Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте 15–49 лет, в процентах.**

Источник: ЮНИСЕФ, 2021 год. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных ЮНИСЕФ. Доля девушек в возрасте от 15 до 49 лет, подвергшихся калечащим операциям на женских половых органах (показатель 5.3.2 ЦУР).

**Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев, в процентах.**

Источник: Межведомственная группа по оценке и данным по насилию в отношении женщин (ВОЗ, Структура «ООН-Женщины», ЮНИСЕФ, Статистический отдел Организации Объединенных Наций, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и ЮНФПА), 2021 год. Процент женщин и девочек в возрасте от 15 до 49 лет, которые когда-либо вступали в партнерские отношения и подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны партнера в течение последних 12 месяцев (показатель 5.2.1 ЦУР).

**Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах.**

Источник: ЮНФПА, 2022 год. Процентная доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые принимают свои собственные решения во всех трех областях: об охране своего здоровья, об использовании противозачаточных средств и о вступлении в половую связь со своим партнером (показатель 5.6.1 ЦУР).

**Общий чистый коэффициент зачисления в начальную школу, в процентах.**

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г. Процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе начального образования, которые были зачислены в учреждения начального школьного образования.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием.**

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г. Соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в начальную школу.

**Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах.**

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г. Процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе младших классов среднего образования, которые были зачислены в учреждения среднего школьного образования.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата школьным образованием, неполное среднее образование.**

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г. Соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в младшие классы средней школы.

**Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы, в процентах.**

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г. Процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе старших классов среднего образования, которые были зачислены в учреждения школьного образования любого уровня.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием:**

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО, 2022 г. Соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в старшие классы средней школы.



## Демографические показатели

### Численность населения

#### Общая численность населения (в млн чел.).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год. Ориентировочная численность населения стран по состоянию на середину года.

### Изменение численности населения

#### Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах.

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год. Усредненные экспоненциальные темпы роста численности населения за определенный период на основе прогноза по среднему варианту.

### Состав населения

#### Население в возрасте 0–14 лет, в процентах.

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций за 2019 год. Пропорциональная доля населения в возрасте от 0 до 14 лет.

#### Население в возрасте 10–19 лет, в процентах.

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций за 2019 год. Пропорциональная доля населения в возрасте от 10 до 19 лет.

#### Население в возрасте 10–24 лет, в процентах.

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций за 2019 год. Пропорциональная доля населения в возрасте от 10 до 24 лет.

#### Население в возрасте 15–64 лет, в процентах.

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций за 2019 год. Пропорциональная доля населения в возрасте от 15 до 64 лет.

#### Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах.

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций за 2019 год. Пропорциональная доля населения в возрасте 65 лет и старше.

### Рождаемость

#### Коэффициент суммарной рождаемости, на одну женщину.

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год. Число детей, которых женщина могла бы родить в репродуктивном возрасте, если бы она дожила до выхода из репродуктивного возраста, а до этого рожала с периодичностью, характерной для соответствующей возрастной группы.

#### Ожидаемая продолжительность жизни

##### Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, количество лет.

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2019 год. Ожидаемая продолжительность жизни новорожденных детей в годах, если они на протяжении всей жизни будут подвергаться такому же риску смертности, что и народонаселение соответствующей страны в момент их рождения.

## Региональные классификации

Приведенные в конце статистических таблиц средние данные рассчитаны ЮНФПА на основе данных по странам и районам в соответствии с приведенной ниже классификацией.

#### Регион арабских государств

Алжир; Джибути; Египет; Иордания; Ирак; Йемен; Ливан; Ливия; Марокко; Оман; Палестина; Сирийская Арабская Республика; Сомали; Судан; Тунис.

#### Азиатско-Тихоокеанский регион

Афганистан; Бангладеш; Бутан; Вануату; Вьетнам; Индия; Индонезия; Исламская Республика Иран; Камбоджа; Кирибати; Китай; Корейская Народно-Демократическая Республика; острова Кука; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Малайзия; Мальдивские Острова; Маршалловы острова; Федеративные Штаты Микронезии; Монголия; Мьянма; Науру; Непал; Ниуэ; Пакистан; Палау; Папуа — Новая Гвинея; Самоа; Соломоновы Острова; Таиланд; Демократическая Республика Тимор-Лешти; Токелау; Тонга; Тувалу; Фиджи; Филиппины; Шри-Ланка.

#### Регион Восточной Европы и Центральной Азии

Албания; Армения; Азербайджан; Беларусь; Босния и Герцеговина; Грузия; Казахстан; Кыргызстан; Молдова, Республика Северная Македония; Сербия; Таджикистан; Турция; Туркменистан; Украина; Узбекистан.

#### Регион Восточной Африки и Юга Африки

Ангола; Ботсвана; Бурунди; Замбия; Зимбабве; Кения; Коморские Острова; Демократическая Республика Конго; Лесото; Маврикий; Мадагаскар; Малави; Мозамбик; Намибия; Руанда; Объединенная Республика Танзания; Уганда; Эритрея; Эсватини; Эфиопия; Южная Африка; Южный Судан.

#### Регион Латинской Америки и Карибского бассейна

Ангилья; Антигуа и Барбуда; Аргентина; Аруба; Багамские Острова; Барбадос; Белиз; Бермудские острова; Боливия (Многонациональное Государство); Бразилия; Британские Виргинские острова; Боливарианская Республика Венесуэла; Гайана; Гаити; Гватемала; Гондурас; Гренада; Доминика; Доминиканская Республика; Каймановы острова; Колумбия; Коста-Рика; Куба; Кюрасао; Мексика; Монтсеррат; Никарагуа; Панама; Парагвай; Перу; Сальвадор; Сент-Винсент и Гренадины; Сент-Китс и Невис; Сент-Люсия; Синт-Мартен; Суринам; острова Тёркс и Кайкос; Тринидад и Тобаго; Уругвай; Чили; Эквадор; Ямайка.

#### Регион Западной и Центральной Африки

Бенин; Буркина-Фасо; Габон; Гамбия; Гана; Гвинея; Гвинея-Бисау; Кабо-Верде; Камерун, Республика; Конго, Республика; Кот-д'Ивуар; Либерия; Мавритания; Мали; Нигер; Нигерия; Сан-Томе и Принсипи; Сенегал; Сьерра-Леоне; Того; Центральноафриканская Республика; Чад; Экваториальная Гвинея.

Термин «**более развитые регионы**» предназначен для статистических целей и не позволяет судить о том, какой стадии достигла конкретная страна или регион в процессе развития; согласно Отделу народонаселения ООН, эти регионы включают Европу, Северную Америку, Австралию/Новую Зеландию и Японию.

Термин «**менее развитые регионы**» предназначен для статистических целей и не позволяет судить о том, какой стадии достигла конкретная страна или регион в процессе развития; согласно Отделу народонаселения ООН, эти регионы включают всю Африку, Азию (кроме Японии), Латинскую Америку и Карибский бассейн плюс Меланезия, Микронезия и Полинезия.

К «**наименее развитым странам**», как они определены Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в ее резолюциях (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 и 68/18), по состоянию на январь 2022 года относились 46 стран: 33 страны в Африке, 8 стран в Азии, 4 страны в Океании и одна страна в Латинской Америке и Карибском бассейне — Ангола; Афганистан; Бангладеш; Бенин; Буркина-Фасо; Бурунди; Бутан; Вануату; Гаити; Гамбия; Гвинея; Гвинея-Бисау; Демократическая Республика Конго; Джибути; Замбия; Йемен; Камбоджа; Кирибати; Коморские Острова; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Лесото; Либерия; Мавритания; Мадагаскар; Малави; Мали; Мозамбик; Мьянма; Непал; Нигер; Объединенная Республика Танзания; Руанда; Сан-Томе и Принсипи; Сенегал; Соломоновы Острова; Сомали; Судан; Сьерра-Леоне; Тимор-Лешти; Того; Тувалу; Уганда; Центральноафриканская Республика; Чад; Эритрея; Эфиопия и Южный Судан. Эти страны также входят в категорию менее развитых регионов. Дополнительная информация доступна по адресу: <https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries>.



## Примечание о корреляции между ВНД, уровнем образования и частотой нежелательных беременностей (стр. 22)

### Корреляции в 2015–2019 гг.

		Индекс человеческого развития в 2019 году	Средняя продолжительность обучения (лица обоих полов) в 2019 году	Валовой национальный доход на душу населения в 2019 г.	Индекс гендерного неравенства в 2019 году
Непреднамеренная беременность	Весь мир	***	***	***	***
	Страны с уровнем дохода ниже среднего	***	***	***	***
	Страны с высоким уровнем дохода	***	*	***	***
	Африка к югу от Сахары	**	**		
% непреднамеренных беременностей, оканчивающихся абортом	Весь мир				
	Страны с уровнем дохода ниже среднего	*	*	*	***
	Страны с высоким уровнем дохода	*	**		

\*\*\*: р-значение < 0,001  
 \*\*: 0,001 <= р-значение < 0,01  
 \*: 0,01 <= р-значение < 0,05

Красный: отрицательная корреляция  
 Зеленый: положительная корреляция  
 Белый: значимая корреляция не выявлена

**1. Общемировые наблюдения:** во всем мире более высокие уровни социального и экономического развития, измеряемые ИРЧП, ВНД и уровнем образования, были тесно связаны с более низкой частотой непреднамеренной беременности. Одно из объяснений заключается в том, что страны с более высокими показателями развития, скорее всего, являются странами, где услуги в области контрацепции более доступны и где женщины сталкиваются с меньшим количеством культурных барьеров для управления своими предпочтениями в отношении фертильности. Картина заметно отличалась в странах Африки к югу от Сахары, где социальное и экономическое развитие было связано с более высоким уровнем непреднамеренной беременности. Это говорит о том, что доступ к средствам контроля рождаемости, включая противозачаточные услуги, и их использование не успевают за социальным и экономическим развитием, которое, возможно, привело к тому, что женщины и супружеские пары в этих странах хотят иметь меньше детей.

**2. Последствия беременности:** хотя как в странах с низким и средним уровнем дохода за пределами Африки к югу от Сахары, так и в странах с высоким уровнем дохода наблюдается взаимосвязь между более высоким уровнем социально-экономического развития и более низким уровнем непреднамеренной беременности, исходы беременности, как правило, различаются. В странах с высоким уровнем дохода более высокие показатели развития были связаны с меньшей вероятностью прерывания беременности, в то время как более низкие показатели развития были связаны с большей вероятностью абортов. Этот вывод мог быть сделан в странах бывшего советского блока, которые имеют более низкие показатели развития и где уровень абортов, как правило, выше, чем в других странах с высокими доходами. Однако отрицательная корреляция сохранилась после исключения из анализа стран бывшего советского блока. Альтернативная гипотеза состоит в том, что в странах с более высоким уровнем развития женщины, которые мотивированы отказываться от рождения ребенка, имеют больше возможностей избежать беременности, в том числе с помощью средств контрацепции. Также возможно, что системы социальной и экономической защиты облегчают женщинам вынашивание непреднамеренной беременности до срока в более развитых странах.

В странах с низким и средним уровнем дохода более высокие уровни социального и экономического развития были связаны с более высокой долей прерываемых непреднамеренных беременностей (даже после учета различий в правовом статусе абортов). Этот вывод подтверждает гипотезу о том, что по мере увеличения альтернативных издержек, связанных с деторождением, женщины, которые сталкиваются с непреднамеренной беременностью, сильнее мотивированы отказываться от рождения ребенка. Та же картина наблюдалась и в отношении тенденций за 30-летний период с 1990 по 2019 год в этих странах: улучшение показателей развития на страновом уровне было связано с увеличением доли прерванных непреднамеренных беременностей.

**3. ВНД и уровень образования в разбивке по полу:** показатели ВНД на душу населения и уровень образования среди женщин не коррелировали с частотой непреднамеренной беременности или долей прерванных беременностей сильнее, чем показатели ВНД на душу населения и уровень образования среди мужчин.

**4. ИГН и подростковая рождаемость:** следует отметить, что ИГН включает уровень рождаемости среди подростков в качестве компонента своей оценки, и, поскольку многие беременности среди подростков являются непреднамеренными, это может привести к завышению корреляции между ИГН и непреднамеренной беременностью. Однако верно и то, что многие роды в подростковом возрасте не могут классифицироваться как случаи непреднамеренной беременности, поскольку рождаемость в подростковом возрасте часто связана с вступлением в брак или союз, где беременность является социальным ожиданием, особенно в условиях высокого гендерного неравенства.

**5. ИГН и исход беременности:** в странах с низким и средним уровнем дохода более низкие уровни гендерного равенства были связаны с меньшей долей непреднамеренных прерванных беременностей. Эта корреляция сохранялась, несмотря на значительные различия в законах об абортах в этих странах. Напротив, в странах с высоким уровнем дохода более высокие показатели гендерного равенства были незначительно, но все же связаны с более низкой долей прерванных непреднамеренных беременностей. (Почти во всех странах с высоким уровнем дохода аборты разрешены по многим причинам, поэтому правовой статус абортов не считается рациональным объяснением этого вывода.)

## Примечание о корреляции между материнской смертностью и частотой непреднамеренных беременностей (стр. 26)

- Более высокая материнская смертность коррелирует с более высокими показателями непреднамеренной беременности во всех регионах, независимо от уровня доходов, за исключением стран Африки к югу от Сахары.
- В странах Африки к югу от Сахары, в странах с более низким коэффициентом материнской смертности, как правило, отмечается более высокий уровень непреднамеренной беременности. Одна из гипотез состоит в том, что в этих странах ускорение развития может привести к снижению коэффициента материнской смертности и увеличению альтернативных издержек в связи с непреднамеренной беременностью, но без сопутствующего повышения способности избежать беременности.

## Примечание о тенденциях в отношении абортов (стр. 21)

	Коэффициент на 1000 женщин репродуктивного возраста			Процент ВСЕХ беременностей, закончившихся абортом	Процент НЕПРЕДНАМЕРЕННЫХ беременностей, которые заканчиваются абортом
	беременность	непреднамеренная беременность	аборт		
1990-94	162	79	40	24,7	50,6
2014-19	133	64	39	29,3	60,9

Источник: Bearak and others, 2020.



## Примечание о подростковой беременности и выборе (стр. 30)

Деторождение и браки стали менее распространенными среди подростков. В период с 2000 по 2020 год показатели подростковой рождаемости во всем мире снизились с 56 до 41 рождения на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет (UN DESA, 2019). Несмотря на значительное сокращение, коэффициент рождаемости среди подростков в странах Африки к югу от Сахары составляет 100 рождений на 1000 девочек-подростков, что более чем в два раза превышает общемировой показатель. В Латинской Америке и странах Карибского бассейна также по-прежнему отмечается относительно высокий уровень подростковой фертильности (61 рождение на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет), несмотря на существенное снижение общей рождаемости. За последние несколько десятилетий снижение подростковой рождаемости сопровождалось уменьшением доли подростков в возрасте от 15 до 19 лет, состоящих в официальном или гражданском браке (во всем мире с 16 до 12 процентов в период с 2000 по 2020 год), при этом наиболее быстрые изменения произошли в Центральной и Южной Азии и Африке к югу от Сахары.

Анализ последовательности первых родов в возрасте до 18 лет и вступления в брак показывает значительные различия между регионами и странами и требует более подробного анализа условий в конкретных странах, чтобы лучше понять, как намерения и обстоятельства влияют на изменения на раннем этапе жизни, связанные с обучением в школе, началом половой жизни, использованием противозачаточных средств, браком и деторождением.

Выводы ДЭСВ ООН (2013 г.) и неопубликованного ним исследования, основанные на дальнейшем анализе данных DHS:

- тенденции показывают среднее увеличение доли девочек-подростков, которые никогда не занимались сексом, в странах Африки к югу от Сахары, тенденции к снижению в Латинской Америке и Карибском бассейне и высокие, стабильные уровни в Азии.
- Однако контекст начала половой жизни меняется, и во многих странах произошел переход от начала половой жизни в браке к таковой до брака.
- Сексуально активные незамужние женщины чаще сталкиваются с другими социально-экономическими проблемами и проблемами репродуктивного здоровья, чем их замужние сверстницы, особенно в тех случаях, когда деторождение вне брака является причиной социальной стигматизации. В случае беременности многие молодые женщины в таких условиях выходят замуж раньше, чем могли бы, если бы не забеременели.
- Использование противозачаточных средств среди подростков в большинстве стран составляет менее 30 процентов; и еще ниже (менее 10%) среди лиц в возрасте от 15 до 17 лет. Рост использования противозачаточных средств был связан со снижением подростковой рождаемости среди девочек-подростков в возрасте от 18 до 19 лет во всех регионах (UN DESA, 2022).
- Девочки-подростки, вышедшие замуж в подростковом возрасте, как правило, менее образованы, обладают меньшими возможностями дома и в экономическом плане, ограниченными возможностями для передвижения и менее подвержены воздействию современных средств массовой информации, чем незамужние подростки и взрослые женщины. Они, как правило, изолированы от общества и им не хватает навыков для урегулирования ситуаций, которые наносят ущерб их здоровью и благополучию, а также сталкиваются с давлением в вопросах деторождения. Их мужья обычно намного старше, чем мужья замужних женщин старшего возраста (Haberland and others, 2004; UN DESA, 2022). Ранняя половая жизнь со старшим партнером была связана с плохими гендерными отношениями и негативными последствиями для репродуктивного здоровья (Ryan and others, 2008).

## Примечание о количестве первых родов к 18 годам (стр. 33)

Исходные данные, использованные для расчета этого показателя, включают самое последнее обследование DHS для каждой страны, в которой с 2010 года (включительно) проводилось как минимум одно обследование DHS.

Население для знаменателя определялось следующим образом: (1) женщины в возрасте от 18 до 24 лет (включительно) на момент проведения обследования, (2) у которых был зарегистрирован возраст первых родов до 18 лет, (3) и у которых была известна дата первых родов. Таким образом, знаменатель отражает общее число первых родов, произошедших в возрасте до 18 лет у женщин в возрасте от 18 до 24 лет на момент проведения опроса. В четырех опросах было зарегистрировано менее 50 рождений в возрасте до 18 лет, поэтому эти данные были исключены.

Рождения были отнесены к одной из трех взаимоисключающих категорий:

1. *Первое рождение вне брака*: дата первых родов наступила до даты вступления в брак ИЛИ женщина никогда не была замужем.
2. *Первое рождение в течение первых семи месяцев брака*: дата первого рождения совпала с датой брака или наступила позже, но в течение первых семи месяцев брака.
3. *Первые роды после 7 месяцев брака и до 18 лет*: дата первого рождения наступила после даты вступления в брак и позже, чем через семь месяцев спустя заключения брака.

Все оценки были рассчитаны с использованием предоставленных весовых значений выборки. Всего в окончательный график вошли данные 54 стран. Это 61 490 первых рождений в возрасте до 18 лет.

*Ограничения данных*: в одной стране было зафиксировано менее 100 рождений до достижения 18-летнего возраста. Кроме того, в пяти странах выборка проводилась только среди женщин, когда-либо состоявших в браке, что могло привести к занижению доли рождений вне брака.



# Библиография

- Acharya, Dev R. and others, 2010. "Women's Autonomy in Household Decision-Making: A Demographic Study in Nepal." *Reproductive Health* 7: 15.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2020. "Comprehensive Sexuality Education." Committee Opinion Number 678. Website: [acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/comprehensive-sexuality-education](http://acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/comprehensive-sexuality-education), accessed 1 December 2021.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2017. "Access to Contraception." Committee Opinion Number 615. Website: [acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/01/access-to-contraception](http://acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/01/access-to-contraception), accessed 1 December 2021.
- Ahrens, Katherine A and others, 2018. "Unintended Pregnancy and Interpregnancy Interval by Maternal Age." *Contraception* 98: 52-55.
- Aiken, Abigail and others, 2016. "Comparison of a Timing-Based Measure of Unintended Pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 48(3): 139-146.
- Aiken, Abigail and others, 2015. "A Blessing I Can't Afford: Factors Underlying the Paradox of Happiness about Unintended Pregnancy." *Social Science and Medicine* 132: 149-155.
- Akoth, Catherine and others, 2021. "Prevalence and Factors Associated with Covert Contraceptive Use in Kenya: A Cross-Sectional Study." *BMC Public Health* 21: 1316.
- Ali, Mohamed M. and others, 2012. "Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence From 60 Demographic and Health Surveys." Geneva: WHO. Website: [apps.who.int/iris/handle/10665/75429](http://apps.who.int/iris/handle/10665/75429), accessed 26 November 2021.
- Alio, Amina P. and others, 2009. "Intimate Partner Violence and Contraception Use among Women in Sub-Saharan Africa." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 107(1): 35-38.
- Allotey, Pascale and others, 2021. "Trends in Abortion Policies in Low- and Middle-Income Countries." *Annual Review of Public Health* 42: 505-518.
- Alvarez, R.O., 1993. "'We Will Not Rest.' Filipino Women Want a Fertility Management Program that Respects Women's Dignity, Women's Bodies and Women's Choices." *Integration* 35: 22-23.
- Ameyaw, Edward Kwabena and others, 2019. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys." *PLOS ONE* 14(8): e0220970.
- Amo-Adjei, Joshua and Derek Anamaale Tuoyire, 2016. "Effects of Planned, Mistimed and Unwanted Pregnancies on the Use of Prenatal Health Services in Sub-Saharan Africa: A Multicountry Analysis of Demographic and Health Survey Data." *Tropical Medicine & International Health* 21(12): 1552-1561.
- Ampt, Frances H. and others, 2018. "Incidence of Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 8(9): e021779.
- Ashburn-Nardo, Leslie, 2017. "Parenthood as a Moral Imperative? Moral Outrage and the Stigmatization of Voluntarily Childfree Women and Men." *Sex Roles* 76: 393-401.
- Atake, Esso-Hanam and Pitaloumani Gnakou Ali, 2019. "Women's Empowerment and Fertility Preferences in High Fertility Countries in Sub-Saharan Africa." *BMC Women's Health* 19: 54.
- Austin, Judy and others, 2008. "Reproductive Health: A Right for Refugees and Internally Displaced Persons." *Reproductive Health Matters* 16(31): 10-21.
- Baiden, Frank and others, 2016. "Covert Contraceptive Use Among Women Attending a Reproductive Health Clinic in a Municipality in Ghana." *BMC Women's Health* 16: 31.
- Bain, Luchuo Engelbert and others, 2020. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *African Journal of Reproductive Health* 24(2): 187-205.
- Bakour, Shagaf H. and others, 2017. "Contraceptive Methods and Issues Around the Menopause: An Evidence Update." *The Obstetrician and Gynaecologist* 19(4): 289-297.
- Baldwin, Maureen K. and Jeffrey T. Jensen, 2013. "Contraception During the Perimenopause." *Maturitas* 76(3): 235-242.

- Bansode, Oshin M. and others, 2021. "Contraception." In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing. Website: [ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/#\\_NBK536949\\_pubdet\\_](https://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/#_NBK536949_pubdet_), accessed 15 November 2021.
- Bauserman, Melissa and others, 2020. "Maternal Mortality in Six Low and Lower-Middle Income Countries from 2010 to 2018: Risk Factors and Trends." *Reproductive Health* 17(Suppl 3): 173.
- BBC (British Broadcasting Corporation), 2017. "Contraception Fails in Quarter of Abortions, Say Experts." BBC News, 7 July 2017. Website: [bbc.co.uk/news/health-40520235](https://www.bbc.com/news/health-40520235), accessed 17 November 2021.
- Barak, Jonathan and others, 2022. "Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019." *BMJ Global Health*, in press.
- Barak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Behre, Hermann M., and others, 2016. "Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 101(12): 4779–4788.
- Bellizzi, Saverio and others, 2020. "Reasons for Discontinuation of Contraception Among Women with a Current Unintended Pregnancy in 36 Low and Middle-Income Countries." *Contraception* 101(1): 26–33.
- Bietsch, Kristin and Priya Emmart, 2022. *Couple Concordance Index: Construction of the Couple Concordance Index and its Relationship with Contraceptive Use*. Washington, DC: USAID MOMENTUM.
- Biggs, M. Antonia and others, 2017. "Women's Mental Health and Well-Being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion. A Prospective, Longitudinal Cohort Study." *JAMA Psychiatry* 74(2): 169–178.
- Bitto, A. and others, 1997. "Adverse Outcomes of Planned and Unplanned Pregnancies among Users of Natural Family Planning: A Prospective Study." *American Journal of Public Health* 87(3): 338–343.
- Boyce, Sabrina C. and others, 2020. "Women's and Girls' Experiences of Reproductive Coercion and Opportunities for Intervention in Family Planning Clinics in Nairobi, Kenya: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 17(1): 1–12.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2019. "Global Contraceptive Failure Rates: Who is Most at Risk?" *Studies in Family Planning* 50(1): 3–24.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2009. *Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation*. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton: ICF Macro.
- Brito, Cynthia Nunes de Oliveira and others, 2015. "Postpartum Depression among Women with Unintended Pregnancy." *Revista de Saúde Pública* 49: 33.
- Brodsky, Alexandra, 2017. "Rape-Adjacent: Imagining Legal Responses to Nonconsensual Condom Removal." *Columbia Journal of Gender and Law* 32: 183–210.
- Calliope, n.d. The Contraceptive Pipeline Database. Website: [pipeline.ctiexchange.org](https://pipeline.ctiexchange.org), accessed 31 January 2022.
- Campbell, Oona M. and Wendy J. Graham, 2006. "Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting On with What Works." *Lancet* 368(9543): 1284–1299.
- Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, 2013. "Tanzania: Consequences for a Woman who gets Pregnant out of Wedlock, Including the Possibility of Arrest and Criminal or Civil Proceedings; Whether the same Consequences Apply if the Woman Marries Before the Birth of the Child (2012–July 2013)." TZA104531.E. Website: [refworld.org/docid/53e481264.html](https://refworld.org/docid/53e481264.html), accessed 18 December 2021.
- Carter, Marion and Ilene S. Speizer, 2005. "Pregnancy Intentions Among Salvadoran Fathers: Results from the 2003 National Male Reproductive Health Survey." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 31(4): 179–182.
- Castle, Sarah and Ian Askew, 2015. *Contraceptive Discontinuation: Reasons, Challenges, and Solutions*. New York: Population Council and FP2020.
- Castle, Sarah and others, 1999. "A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali." *Studies in Family Planning* 30(3): 231–248.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2015. "The 6|18 Initiative. Evidence Summary, Prevent Unintended Pregnancy." Website: [cdc.gov/sixteens/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf](https://www.cdc.gov/sixteens/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf), accessed 1 December 2021.
- Chae, Sophia and others, 2017. "Characteristics of Women Obtaining Induced Abortions in Selected Low- and Middle-Income Countries." *PLOS ONE* 12(3): e0172976.
- Chant, Sylvia, 2013. "Cities Through a 'Gender Lens': A Golden 'Urban Age' for Women in the Global South?" *Environment and Urbanization* 25(1): 9–29.



- Chebets, Joy J. and others, 2015. "Every Method Seems to have its Problems' – Perspectives on Side Effects of Hormonal Contraceptives in Morogoro Region, Tanzania." *BMC Womens Health* 15: 97.
- Chung, Hye Won and others, 2018. "Comprehensive Understanding of Risk and Protective Factors Related to Adolescent Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Adolescence* 69: 180-188.
- Clements, K. C., 2018. "Can Men Get Pregnant?" *Healthline*, 20 December 2018. Website: [healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant](https://www.healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant), accessed 18 November 2021.
- Coker, Ann L., 2007. "Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health? A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 8(2): 149-177.
- Cook, Rebecca J. and Bernard M. Dickens, 2014. "Reducing Stigma in Reproductive Health." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 125(1): 89-92.
- Costantino, Antonietta and others, 2007. "Current Status and Future Perspectives in Male Contraception." *Minerva Ginecologica* 59(3): 299-310.
- Darteh, Eugene Kofuor Maafo and others, 2019. "Women's Reproductive Health Decision-Making: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys in Sub-Saharan Africa." *PLOS ONE* 14(1): e0209985.
- Dehingia, Nabamallika and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Maternal Health Complications: Cross-Sectional Analysis of Data from Rural Uttar Pradesh, India." *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(1): 188.
- Dietz, Patricia M. and others, 1999. "Unintended Pregnancy Among Adult Women Exposed to Abuse or Household Dysfunction During Their Childhood." *Journal of the American Medical Association* 282(14): 1359-1364.
- ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean), 2020. Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean. Website: [oig.cepal.org/es/indicadores/matrimonio-infantil](https://oig.cepal.org/es/indicadores/matrimonio-infantil), accessed 1 March 2022.
- ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), 2020. "ENDES Realizadas." Perú Instituto Nacional de Estadística e Informática. Website: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes>, accessed 17 November 2021.
- Everett, Bethany G. and others, 2019. "Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling?" *Journal of Women's Health (Larchmont)* 28(1): 53-62.
- Everett, Bethany G. and others, 2017. "Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 49(3): 157-165.
- Faini, Diana and others, 2020. "I Did Not Plan to Have a Baby. This is the Outcome of Our Work': A Qualitative Study Exploring Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers." *BMC Women's Health* 20: 267.
- Fanslow, Janet and others, 2008. "Pregnancy Outcomes and Intimate Partner Violence in New Zealand." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 48(4): 391-397.
- Festin, Mario Philip R. and others, 2016. "Moving Towards the Goals of FP2020 – Classifying Contraceptives." *Contraception* 94(4): 289-294.
- Fine, Johanna and others, 2017. "The Role of International Human Rights Norms in the Liberalization of Abortion Laws Globally." *Health and Human Rights* 19(1): 69-80.
- Finer, Lawrence B., 2010. "Unintended Pregnancy Among U. S. Adolescents: Accounting for Sexual Activity." *Journal of Adolescent Health* 47(3): 312-314.
- Finer, Lawrence B. and Mia R. Zolna, 2016. "Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011." *New England Journal of Medicine* 374(9): 843-852.
- Foster, Angel and others, 2017. "The 2018 Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: Revising the Global Standards." *Reproductive Health Matters* 25(51): 18-24.
- Foster, Diana Greene, 2020. *The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having – or Being Denied – an Abortion*. New York: Scribner.
- Frederiksen, Line and others, 2018. "Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age." *Obstetrics & Gynecology* 131(3): 457-463.
- Friedman and others, 2019. *Interest Among U.S. Men for New Male Contraceptive Options Consumer Research Study*. Male Contraceptive Initiative.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch, 2008. "Factors Associated With Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use, United States, 2004." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(2): 94-104.
- FP2030, 2020. Sierra Leone Commitments. Website: [fp2030.org/sierra-leone](https://fp2030.org/sierra-leone), accessed 31 January 2022.
- FP2030, 2020a. Philippines Commitments. Website: [fp2030.org/philippines](https://fp2030.org/philippines), accessed 31 January 2022.

- FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). 2021. "FSRH statement: Home use of abortion medicines is safe, more accessible and preferred by women, new national study shows." Website: <https://www.fsrh.org/news/fsrh-statement-new-study-telemedicine-abortion-2021/>, accessed November 2021.
- Gambir, Katherine and others, 2020. "Effectiveness, Safety and Acceptability of Medical Abortion at Home Versus in the Clinic: A Systematic Review and Meta-Analysis in Response to COVID-19." *BMJ Global Health* 5: e003934.
- Ganatra, Bela and others, 2017. "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *Lancet* 390(10110): 2372-2381.
- Garraza, Lucas Godoy and others, 2020. "Out-Of-Pocket Spending for Contraceptives in Latin America." *Sexual and Reproductive Health Matters* 28(2): 1833429.
- Gerdt, Caitlin and others, 2016. "Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy." *Women's Health Issues* 26(1): 55-59.
- Gipson, Jessica D. and others, 2008. "The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature." *Studies in Family Planning* 39(1): 18-38.
- Gold, Rachel Benson and Kinsey Hasstedt, 2017. "Publicly Funded Family Planning Under Unprecedented Attack." *American Journal of Public Health* 107(12): 1895-1897.
- Gottschall, Jonathan A. and Tiffani A. Gottschall, 2003. "Are Per-Incident Rape-Pregnancy Rates Higher than Per-Incident Consensual Pregnancy Rates?" *Human Nature* 14: 1-20.
- Grace, Karen Trister and Jocelyn C. Anderson, 2018. "Reproductive Coercion: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 19(4): 371-390.
- Grimes, David and others, 2006. "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic." *Lancet* 368(9550): 1908-1919.
- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S15-S21.
- Haberland, Nicole and others, 2004. "Married adolescents: An overview," paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents. New York: Population Council.
- Habib, Muhammad Ali and others, 2017. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancies Amongst Women Attending Antenatal Clinics in Pakistan." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(1): 156.
- Haddad, Lisa B. and others, 2021. "Addressing Contraceptive Needs Exacerbated by COVID-19: A Call for Increasing Choice and Access to Self-Managed Methods." *Contraception* 103: 377-379.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2017. "London Measure of Unplanned Pregnancy: Guidance for its Use as an Outcome Measure." *Patient Related Outcome Measures* 8: 43-56.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2016. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Mchinji District, Malawi: Using a Conceptual Hierarchy to Inform Analysis." *PLOS One* 11(10): e0165621.
- Hamberger, L. Kevin and others, 2015. "Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs." *Journal of Women's Health* 24(1): 86-91.
- Hannaford, Philip C. and others, 2010. "Mortality Among Contraceptive Pill Users: Cohort Evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study." *BMJ* 340: c927.
- Heaman, Maureen and others, 2013. "Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review." *Maternal and Child Health Journal* 17: 816-836.
- Heidari, Shirin and others, 2019. "Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Crises at ICPD25+ and Beyond: Consolidating Gains to Ensure Access to Services for All." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676513.
- Heinemann, Klaas and others, 2005. "Attitudes Toward Male Fertility Control: Results of a Multinational Survey on Four Continents." *Human Reproduction* 20(2): 549-556.
- Hindin, Michelle J. and others, 2014. "Misperceptions, Misinformation and Myths About Modern Contraceptive Use in Ghana." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 40(1): 30-35.
- Hindin, Michelle J. and others, 2008. *Intimate Partner Violence Among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes.* DHS Analytical Studies 18. Washington DC: USAID. Website: [dhsprogram.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf](https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf), accessed 10 February 2022.
- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020. "Supply Chain Management: Investing in Contraceptive Security and Strengthening Health Systems." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: [fphighimpactpractices.org/briefs/supply-chain-management/](https://fphighimpactpractices.org/briefs/supply-chain-management/), accessed 26 November 2021.



- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020a. "Family Planning Vouchers: A Tool to Boost Contraceptive Method Access and Choice." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: [fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2019/06/family-planning-vouchers-en-june-2020.pdf](http://fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2019/06/family-planning-vouchers-en-june-2020.pdf), accessed 1 December 2021.
- Hodson, K. and others, 2016. "Lesbian and Bisexual Women's Likelihood of Becoming Pregnant: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BJOG* 124(3): 393-402.
- Horii, Hoko, 2021. "Child Marriage as a 'Solution' to Modern Youth in Bali." *Progress in Development Studies* 20(4): 282-295.
- Horner-Johnson, Willi and others, 2020. "Pregnancy Intendedness by Maternal Disability Status and Type in the United States." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 31-38.
- Hromi-Fiedler, Amber and Rafael Pérez-Escamilla, 2006. "Unintended Pregnancies Are Associated with Less Likelihood of Prolonged Breast-feeding: An Analysis of 18 Demographic and Health Surveys." *Public Health Nutrition* 9(3): 306-312.
- Huda, Fauzia Achter and others, 2013. *Understanding Unintended Pregnancy in Bangladesh: Country Profile Report*. STEP UP Research Report. Dhaka: icddr.b.
- Human Rights Watch, 2018. "Africa: Pregnant Girls, Young Mothers Barred from School." Website: [hrw.org/news/2018/06/14/africa-pregnant-girls-young-mothers-barred-school](http://hrw.org/news/2018/06/14/africa-pregnant-girls-young-mothers-barred-school), accessed 18 November 2021.
- Human Rights Watch, 2018a. "Leave No Girl Behind in Africa. Discrimination in Education against Pregnant Girls and Adolescent Mothers." Website: [hrw.org/report/2018/06/14/leave-no-girl-behind-africa/discrimination-education-against-pregnant-girls-and#](http://hrw.org/report/2018/06/14/leave-no-girl-behind-africa/discrimination-education-against-pregnant-girls-and#), accessed 1 December 2021.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 1977. "Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and Relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I)." Website: [refworld.org/docid/3ae6b37f40.html](http://refworld.org/docid/3ae6b37f40.html), accessed 26 November 2021.
- Ikamari, Lawrence and others, 2013. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Nairobi, Kenya." *BMC Pregnancy and Childbirth* 13: 69.
- Ilankoon, I. M. P. S. and others, 2021. "Menopause is a Natural Stage of Aging: A Qualitative Study." *BMC Women's Health* 21: 47.
- ILO (International Labour Organization), 2017. *World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. Website: [ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_604882.pdf](http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf), accessed 1 December 2021.
- ILO (International Labour Organization), 2012. *Maternity Resource Protection Package: From Aspiration to Reality For All*. Website: [itcilo.org/pages/en/introduction.html](http://itcilo.org/pages/en/introduction.html), accessed 1 December 2021.
- Im, Eun-Ok and others, 2010. "Black Women in Menopausal Transition." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39(4): 435-443.
- IRC (International Rescue Committee), 2020. "IRC Data Shows an Increase in Reports of Gender-Based Violence Across Latin America." Website: [reliefweb.int/report/el-salvador/irc-data-shows-increase-reports-gender-based-violence-across-latin-america](http://reliefweb.int/report/el-salvador/irc-data-shows-increase-reports-gender-based-violence-across-latin-america), accessed 8 February 2022.
- Jackson, Ashley and Léonce Dossou, 2021. "The Appeal and Potential of On-Demand Contraceptive Options." Washington DC: PSI. Website: [psi.org/2021/12/the-appeal-and-potential-of-on-demand-contraceptive-options](http://psi.org/2021/12/the-appeal-and-potential-of-on-demand-contraceptive-options), accessed 9 February 2022.
- Jacobstein, Roy, 2015. "The Kindest Cut: Global Need to Increase Vasectomy Availability." *Lancet Global Health* 3(12): e733-e734.
- Jain, Rakhi and Sumathi Muralidhar, 2011. "Contraceptive Methods: Needs, Options and Utilization." *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 61(6): 626-634.
- Jain, Aparna and others, 2021. "Not All Women Who Experience Side Effects Discontinue Their Contraceptive Method: Insights from a Longitudinal Study in India." *Studies in Family Planning* 52(2): 165-178.
- Johnson-Mallard, Versie and others, 2017. "Unintended Pregnancy: A Framework for Prevention and Options for Midlife Women in the US." *Women's Midlife Health* 3: 8.
- Kantorová, Vladmíra and others, 2021. "Contraceptive Use and Needs Among Adolescent Women Aged 15-19: Regional and Global Estimates and Projections from 1990 to 2030 from a Bayesian Hierarchical Modelling Study." *PLOS ONE* 16(3): e0247479.
- Kaufman, Julia and Rachel Silverman, 2021. "Bridging the Gap Between Health Financing and Family Planning: How to Effectively Advocate for Contraception in UHC." Washington DC: Center for Global Development. Website: [cgdev.org/blog/bridging-gap-between-health-financing-and-family-planning-how-effectively-advocate](http://cgdev.org/blog/bridging-gap-between-health-financing-and-family-planning-how-effectively-advocate), accessed 1 December 2021.
- Keogh, Sarah C. and others, 2021. "Hormonal Contraceptive Use in Ghana: The Role of Method Attributes and Side Effects in Method Choice and Continuation." *Contraception* 104(3): 235-245.

- Khan, Md Nuruzzaman and others, 2019. "Effects of Unintended Pregnancy on Maternal Healthcare Services Utilization in Low- and Lower-Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis." *International Journal of Public Health* 64(5): 743-754.
- Kholsa, Rajat and others, 2016. "International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth." *Health and Human Rights* 18(2): 131-143.
- Kibira, Simon P. S. and others, 2020. "Covert Use of Contraception in Three Sub-Saharan African Countries: A Qualitative Exploration of Motivations and Challenges." *BMC Public Health* 20: 865.
- Kimport, Katrina and others, 2017. "Patient-Provider Conversations About Sterilization: A Qualitative Analysis." *Contraception* 95(3): 227-233.
- Kingsbury, Ann M. and others, 2015. "Trajectories and Predictors of Women's Depression Following the Birth of an Infant to 21 Years: A Longitudinal Study." *Maternal and Child Health Journal* 19: 877-888.
- Korenman, Sanders and others, 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement in Pregnancy Intention." *Perspectives in Sexual and Reproductive Health* 34(4): 198-205.
- Kost, Kathryn and others, 1998. "Predicting Maternal Behaviors During Pregnancy: Does Intention Status Matter?" *Family Planning Perspectives* 23(1): 79-88.
- Kupoluyi, Joseph Ayodeji, 2020. "Intimate Partner Violence as a Factor in Contraceptive Discontinuation among Sexually Active Married Women in Nigeria." *BMC Womens Health* 20(1): 128.
- Le, Hoa H. and others, 2014. "The Burden of Unintended Pregnancies in Brazil: A Social and Public Health System Cost Analysis." *International Journal of Women's Health* 6: 663-670.
- Le Guen, Mireille and others, 2021. "Reasons for Rejecting Hormonal Contraception in Western Countries: A Systematic Review." *Social Science and Medicine* 284: 114247.
- Luchsinger, Gretchen, 2021. *No Exceptions, No Exclusions: Realizing Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice for All*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: [naibisummiticpd.org/publication/no-exceptions-no-exclusions](http://naibisummiticpd.org/publication/no-exceptions-no-exclusions), accessed 24 November 2021.
- Ludermir, Ana Bernarda and others, 2011. "Postnatal Depression in Women After Unsuccessful Attempted Abortion." *British Journal of Psychiatry* 198(3): 237-238.
- Lundgren, Rebecka and Avni Amin, 2015. "Addressing Intimate Partner Violence and Sexual Violence Among Adolescents: Emerging Evidence of Effectiveness." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S42-S50.
- Macleod, Catriona Ida, 2016. "Public Reproductive Health and 'Unintended' Pregnancies: Introducing the Construct 'Supportability'." *Journal of Public Health* 38(3): e384-e391.
- Mansur, Yusuf and others, n.d. *The Economic Underpinnings of Honor Crimes in Jordan*. Information and Research Center, King Hussein Foundation. Website: [tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/JOR/INT\\_CRC\\_NGO\\_JOR\\_15745\\_E.pdf](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/JOR/INT_CRC_NGO_JOR_15745_E.pdf), accessed 18 December 2021.
- Marston, Cicely and John Cleland, 2003. "Do Unintended Pregnancies Carried to Term Lead to Adverse Outcomes for Mother and Child? An Assessment in Five Developing Countries." *Population Studies* 57(1): 77-93.
- Maxwell, Lauren and others, 2018. "Intimate Partner Violence and Pregnancy Spacing: Results from a Meta-Analysis of Individual Participant Time-to-Event Data from 29 Low- and Middle-Income Countries." *BMJ Global Health* 3: e000304.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbadu, Fidele Muanda and others, 2017. "Barriers to Modern Contraceptive Use in Rural Areas in DRC." *Culture, Health and Sexuality* 19(9): 1011-1023.
- McCarragher, Donna R. and others, 2006. "The Influence of Method-Related Partner Violence on Covert Pill Use and Pill Discontinuation Among Women Living in La Paz, El Alto and Santa Cruz, Bolivia." *Journal of Biosocial Science* 38(2): 169-186.
- Measure Evaluation, 2017. "The Importance of Gender in Family Planning and Reproductive Health Data." Website: [measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205b/at\\_download/document](http://measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205b/at_download/document), accessed 1 December 2021.
- Melian, María Mercedes, 2013. ["Reproductive Intentions and Factors Related to Unplanned Births, Paraguay, 1995-2008."] *Revista Panamericana de Salud Pública* 33(4): 244-251. [In Spanish]
- Miller, Elizabeth and Jay G. Silverman, 2010. "Reproductive Coercion and Partner Violence: Implications for Clinical Assessment of Unintended Pregnancy." *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 5: 511-515.
- Miller, Elizabeth and others, 2010. "Reproductive Coercion: Connecting the Dots Between Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(6): 457-459.



- Miller, Elizabeth and others, 2010a. "Pregnancy Coercion, Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(4): 316-322.
- Moges, Yohannes and others, 2020. "Factors Associated with the Unplanned Pregnancy at Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018." *Journal of Pregnancy* 2020: 2926097.
- Mohllajee, Anshu P. and others, 2007. "Pregnancy Intention and Its Relationship to Birth and Maternal Outcomes." *Obstetrics & Gynecology* 109(3): 678-686.
- Molitoris, Joseph and others, 2019. "When and Where Birth Spacing Matters for Child Survival: An International Comparison Using the DHS." *Demography* 56(4): 1349-1370.
- Moreau, Caroline and others, 2014. "Unplanned or Unwanted? A Randomized Study of National Estimates of Pregnancy Intentions." *Fertility and Sterility* 102(6): 1663-1670.
- Moreira, Laísa Rodrigues and others, 2019. "Reasons for Nonuse of Contraceptive Methods by Women with Demand for Contraception Not Satisfied: An Assessment of Low and Middle-Income Countries using Demographic and Health Surveys." *Reproductive Health* 16: 148.
- Moseson, Heidi and others, 2021. "Pregnancy Intentions and Outcomes Among Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People Assigned Female or Intersex at Birth in the United States: Results From a National, Quantitative Survey." *International Journal of Transgender Health* 22(1-2): 30-41.
- Mukasa, Bakali and others, 2017. "Contraception Supply Chain Challenges: A Review of Evidence from Low- and Middle-Income Countries." *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 22(5): 384-390.
- Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.
- Mwaisaka, Jefferson and others, 2020. "Exploring Contraception Myths and Misconceptions Among Young Men and Women in Kwale County, Kenya." *BMC Public Health* 20: 1694.
- Napyo, Agnes and others, 2020. "Prevalence and Predictors for Unintended Pregnancy Among HIV-Infected Pregnant Women in Lira, Northern Uganda: A Cross-Sectional Study." *Scientific Reports* 10: 16319.
- Neal, Sarah and others, 2020. "Trends in Adolescent First Births in Sub-Saharan Africa: A Tale of Increasing Inequity?" *International Journal for Equity in Health* 19: 151.
- November, Lucy and Jane Sandall, 2018. "Just Because She's Young, It Doesn't Mean She Has to Die: Exploring the Contributing Factors to High Maternal Mortality in Adolescents in Eastern Freetown: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 15(1): 31.
- Nuevo-Chiquero, Ana, 2014. "The Labor Force Effects of Unplanned Childbearing." *Labour Economics* 29: 91-101.
- Nyarko, Samuel H., 2019. "Unintended Pregnancy among Pregnant Women in Ghana: Prevalence and Predictors." *Journal of Pregnancy* 2019: 2920491.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights." Website: [ohchr.org/Documents/Issues/Women/OHCHRfactsheetYourHealth.pdf](http://ohchr.org/Documents/Issues/Women/OHCHRfactsheetYourHealth.pdf), accessed 1 December 2021.
- Oladeji, Olusola and others, 2021. "Sexual Violence-Related Pregnancy among Internally Displaced Women in an Internally Displaced Persons Camp in Northeast Nigeria." *Journal of Interpersonal Violence* 36(9-10): 4758-4770.
- Orr, Suezanne and others, 2000. "Unintended Pregnancy and Preterm Birth." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 14(4): 309-313.
- Paterno, Mary T. and others, 2021. "Exploring Reproductive Coercion in Relationship Contexts Among Young Adult, Primarily African American Women at Three Women's Health Clinics." *Journal of Interpersonal Violence* 36(3-4): NP2248-2271NP.
- Paul, Mandira and others, 2019. "Contraception and Youth: Being Responsive to their Sexual and Reproductive Health Needs and Rights." Issue Paper. New York: UNFPA and Guttmacher Institute.
- Petroni, Suzanne and others, 2017. "New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa." *Annals of Global Health* 83(5-6): 781-790.
- Pierotti, Rachael S., 2013. "Increasing Rejection of Intimate Partner Violence: Evidence of Global Cultural Diffusion." *American Sociological Review* 78(2): 240-265.
- Pile, John M. and Mark A. Barone, 2009. "Demographics of vasectomy - USA and international." *Urologic Clinics of North America* 36(3): 295-305.
- Polis, Chelsea B. and others, 2018. "There Might be Blood: A Scoping Review on Women's Responses to Contraceptive-Induced Menstrual Bleeding Changes." *Reproductive Health* 15: 114.

- Population Council, 2015. "Conceptualizing and Measuring Unintended Pregnancy and Birth: Moving the Field Forward". STEP UP Meeting Report. Accra: Population Council. Website: [popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP\\_ConceptualizingMeasuringUP.pdf](http://popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_ConceptualizingMeasuringUP.pdf), accessed 24 November 2021.
- Qiu, Xing and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Postpartum Depression: A Meta-Analysis of Cohort and Case-Control Studies." *Journal of Psychosomatic Research* 138: 110259.
- Qureshi, Zahida and others, 2021. "Understanding Abortion-Related Complications in Health Facilities: Results from WHO Multicountry Survey on Abortion (MCS-A) Across 11 Sub-Saharan African Countries." *BMJ Global Health* 6: e003702.
- Rahman, Mosfequr, 2015. "Is Unwanted Birth Associated with Child Malnutrition in Bangladesh?" *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(4): 80-88.
- Rahman, Mosfequr and others, 2019. "Maternal Pregnancy Intention and Its Association with Low Birthweight and Pregnancy Complications in Bangladesh: Findings from a Hospital-Based Study." *International Health* 11(6): 447-454.
- Raj, Anita and others, 2015. "Associations of Marital Violence with Different Forms of Contraception: Cross-Sectional Findings from South Asia." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 130(S3): E56-E61.
- Ralph, Lauren J. and others, 2020. "Comparing Prospective and Retrospective Reports of Pregnancy Intention in a Longitudinal Cohort of U.S. Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 39-48.
- Raymond, Elizabeth G. and David A. Grimes, 2012. "The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 119(2 pt 1): 215-219.
- Riley, Taylor and others, 2020. "Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 46: 73-76.
- Romero, Mariana and others, 2021. "Abortion-Related Morbidity in Six Latin American and Caribbean Countries: Findings of the WHO/HRP Multi-Country Survey on Abortion (MCS-A)." *BMJ Global Health* 6: e005618.
- Rominski, Sarah D. and Rob Stephenson, 2019. "Toward a New Definition of Unmet Need for Contraception." *Studies in Family Planning* 50(2): 195-198.
- Rothman, Emily F. and others, 2011. "The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 12(2): 55-66.
- Rothschild, Claire W. and others, 2021. "Incorporating Method Dissatisfaction into Unmet Need for Contraception: Implications for Measurement and Impact." *Studies in Family Planning* 52(1): 95-102.
- Rowlands, Sam and Susan Walker, 2019. "Reproductive Control by Others: Means, Perpetrators and Effects." *BMJ Sexual and Reproductive Health* 45: 61-67.
- Rutstein, Shea O., 2008. "Further Evidence of the Effects of Preceding Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." Demographic and Health Surveys Working Paper No. 41. Calverton, Maryland: Macro International. Website: [dhsprogram.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf](http://dhsprogram.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf), accessed 25 November 2021.
- Ryan, Suzanne and others, 2008. "Older Sexual Partners during Adolescence: Links to Reproductive Health Outcomes in Young Adulthood." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(1): 17-26.
- Sarder, Alamgir and others, 2021. "Prevalence of Unintended Pregnancy and its Associated Factors: Evidence from Six South Asian Countries." *PLOS ONE* 16(2): e0245923.
- Say, Laie and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *Lancet Global Health* 2(6): e323-e333.
- Sedgh, Gilda and others, 2016. *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute. Website: [guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries](http://guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries), accessed 17 November 2021.
- Sedgh, Gilda and others, 2016a. "Abortion Incidence Between 1990 and 2014: Global, Regional, and Subregional Levels and Trends." *Lancet* 388(10041): 258-267.
- Seifu, Canaan Negash and others, 2020. "Association of Husbands' Education Status with Unintended Pregnancy in their Wives in Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study." *PLOS ONE* 15(7): e0235675.



- Senderowicz, Leigh, 2020. "Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator." *Studies in Family Planning* 51(2): 161-176.
- Shaka, Mohammad Fayesso and others, 2020. "Determinants of Undernutrition among Children under Five Years Old in Southern Ethiopia: Does Pregnancy Intention Matter? A Community-Based Unmatched Case-Control Study." *BMC Pediatrics* 20(1): 101.
- Shapiro-Mendoza, Carrie and others, 2005. "Parental Pregnancy Intention and Early Childhood Stunting: Findings from Bolivia." *International Journal of Epidemiology* 34(2): 387-396.
- Skovlund, Charlotte Wessel and others, 2016. "Hormonal Contraception With Depression." *JAMA Psychiatry* 73(11): 1154-1162.
- Shelton, James and Roy Jacobstein, 2016. "Vasectomy: A Long, Slow Haul to Successful Takeoff." *Global Health: Science and Practice* 4(4): 514-517.
- Silverman, Jay G. and Anita Raj, 2014. "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control." *PLoS Medicine* 11(9): e1001723.
- Silverman, Jay and others, 2020. "Associations of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence with Overt and Covert Family Planning Use Among Married Adolescent Girls in Niger." *EClinicalMedicine* 22: 100359.
- Silverman, Jay G. and others, 2019. "Reproductive Coercion in Uttar Pradesh, India: Prevalence and Associations with Partner Violence and Reproductive Health." *SSM - Population Health* 9: 100484.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Still Births among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114(10): 1246-1252.
- Singh, Susheela and Isaac Maddow-Zimet, 2016. "Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting From Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, 2012: A Review of Evidence from 26 Countries." *BJOG* 123: 1489-1498.
- Skracic, Izidora and others, 2021. "Types of Lifetime Reproductive Coercion and Current Contraceptive Use." *Journal of Women's Health* 30(8): 1078-1085.
- Smith, Julia, 2020. "Improving Adolescent Access to Contraception in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence." *African Journal of Reproductive Health* 24(1): 152-164.
- Solo, Julie and Mario Festin, 2019. "Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations." *Global Health: Science and Practice* 7(3): 371-385.
- Sonfield, Adam and Kathryn Kost, 2015. *Public Costs from Unintended Pregnancies and the Role of Public Insurance Programs in Paying for Pregnancy-Related Care: National and State Estimates for 2010*. New York: Guttmacher Institute. Website: [guttmacher.org/report/public-costs-unintended-pregnancies-and-role-public-insurance-programs-paying-pregnancy](http://guttmacher.org/report/public-costs-unintended-pregnancies-and-role-public-insurance-programs-paying-pregnancy), accessed 18 November 2021.
- Sonfield, Adam and others, 2013. *The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to have Children*. New York: Guttmacher Institute. Website: [guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/social-economic-benefits.pdf](http://guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/social-economic-benefits.pdf), accessed 1 December 2021.
- Stamatakis, Caroline E. and others, 2020. "Sexual Violence Prevalence and Related Pregnancy Among Girls and Young Women: A Multicountry Analysis." *Journal of Interpersonal Violence* July 2020. 37: 3-4.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *Lancet* 391: 2642-2692.
- Stats SL (Statistics Sierra Leone) and ICF, 2020. *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2019*. Freetown, Sierra Leone, and Rockville, Maryland, USA: Stats SL and ICF.
- Steinberg, Julia R. and others, 2020. "Psychosocial Factors Associated with Postpartum Contraceptive Method Use after an Unintended Pregnancy." *Obstetrics & Gynecology* 135(4): 821-831.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute. Website: [guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019](http://guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019), accessed 28 November 2021.
- Suttie, David, 2019. *Overview: Rural Poverty in Developing Countries: Issues, Policies and Challenges*. International Fund for Agricultural Development (IFAD). Website: [un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/03/Rural-poverty-EGM\\_IFAD-overview.pdf](http://un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/03/Rural-poverty-EGM_IFAD-overview.pdf), accessed 16 November 2021.
- Svoboda, Elizabeth, 2020. "Better Birth Control." *Nature* 588: S166-S167.
- Tarzia, Laura and Kelsey Hegarty, 2021. "A Conceptual Re-Evaluation of Reproductive Coercion: Centring Intent, Fear and Control." *Reproductive Health* 18(1): 87.

- Taylor, Diana and Evelyn Angel James, 2012. "Risks of Being Sexual in Midlife: What We Don't Know Can Hurt Us." *The Female Patient* 37: 17-20.
- Thiel de Bocanegra, Heike and others, 2010. "Birth Control Sabotage and Forced Sex: Experiences Reported by Women in Domestic Violence Shelters." *Violence Against Women* 16: 601-612.
- Thirumalai, Arthi and John K. Amory, 2021. "Emerging Approaches to Male Contraception." *Fertility and Sterility* 115(6): 1369-1376.
- Thomas, Adam, 2012. "Policy Solutions for Preventing Unplanned Pregnancy." Washington DC: Brookings Institution. Website: brookings.edu/research/policy-solutions-for-preventing-unplanned-pregnancy/, accessed 1 December 2021.
- Tran, Nguyen Toan and others, 2021. "Strengthening Health Systems in Humanitarian Settings: Multi-Stakeholder Insights on Contraception and Postabortion Care Programs in the Democratic Republic of Congo and Somalia." *Frontiers in Global Women's Health* 62.
- Tsui, Amy O. and others, 2010. "Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies." *Epidemiologic Reviews* 32(1): 152-174.
- United Nations, Statistics Division, 2022. Global SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 3 March 2022.
- United Nations, 2021. *The Sustainable Development Goals Report 2021*. Website: unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf, accessed 1 December 2021.
- United Nations, 2020. *Conflict-Related Sexual Violence: Report of the United Nations Secretary-General*. Website: undocs.org/en/S/2020/487, accessed 17 November 2021.
- UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36: Article 6, Right to Life: Human Rights Committee." CCPR/C/GC/36. Website: digitallibrary.un.org/record/3884724?ln=en, accessed 26 November 2021.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women), 2017. "General Recommendation No. 35 on Gender-Based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19." Website: digitallibrary.un.org/record/1305057?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2016. "General Comment No. 20 (2016) on the Implementation of the Rights of the Child during Adolescence." Website: digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2003. "General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child." Website: digitallibrary.un.org/record/503074?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. Forthcoming.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021. Website: <https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators> Accessed 3 March 2022.
- United Nations (Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021a. *World Contraceptive Use 2020* (POP/DB/CP/Rev2020).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020. Estimates and Projections of Women of Reproductive Age Who Are Married or in a Union.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020a. *World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating Action to Ensure Universal Access to Family Planning*. (ST/ESA/SER.A/450).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2019. *World Population Prospects 2019*.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2015. "World Contraceptive Use 2015." Website: un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.asp, accessed 26 November 2021.



- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2013. *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*.
- United Nations Statistics Division, 2020. Global SDG Indicators Database.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2020. *Human Development Report*. Technical Notes. Website: [hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020\\_technical\\_notes.pdf](https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_technical_notes.pdf), accessed 15 November 2021.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2005. *Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*.
- UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 1990. "General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant)." Website: [tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4758&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4758&Lang=en), accessed 1 December 2021.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Website: [unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf](https://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf), accessed 16 November 2021.
- UN ESCWA (United Nations Economic and Social Commission for Western Asia), 2004. "Arab Regional Ten-Year Review and Appraisal of Implementation of the Beijing Platform for Action." Website: [un.org/womenwatch/daw/Review/english/documents/ESCWASummaryNationalResponses-English.pdf](https://un.org/womenwatch/daw/Review/english/documents/ESCWASummaryNationalResponses-English.pdf), accessed 16 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Motherhood in Childhood: The Untold Story*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. "My Body is My Own. Claiming The Right to Autonomy and Self-Determination." *State of World Population 2021*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. Annual report. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. *Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6*. Website: [unfpa.org/sdg-5-6](https://unfpa.org/sdg-5-6), accessed 24 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Against My Will. Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. *Impact of COVID-19 on Access to Contraceptives in the LAC Region*. Website: [lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/technical\\_report\\_impact\\_of\\_covid\\_19\\_in\\_the\\_access\\_to\\_contraceptives\\_in\\_lac\\_1\\_2.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/technical_report_impact_of_covid_19_in_the_access_to_contraceptives_in_lac_1_2.pdf), accessed 1 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund) 2020d. *Technical Note on Gender-Transformative Approaches: A Summary for Practitioners*. Website: [unfpa.org/resources/technical-note-gender-transformative-approaches-summary-practitioners](https://unfpa.org/resources/technical-note-gender-transformative-approaches-summary-practitioners), accessed 10 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights An Essential Element of Universal Health Coverage*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Women and Young Persons with Disabilities. Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young Persons with Disabilities*. Website: [unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities](https://unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities), accessed 7 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. "Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994." Website: [unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA\\_en.pdf](https://unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf), accessed 26 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. *Adolescents and Youth Dashboard – Sierra Leone*. Website: [unfpa.org/data/adolescent-youth/SL](https://unfpa.org/data/adolescent-youth/SL), accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. *World Population Dashboard – Sierra Leone*. Website: [unfpa.org/data/world-population/SL](https://unfpa.org/data/world-population/SL), accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund) El Salvador, 2021. *Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes – Mapa El Salvador 2020*. Website: <https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/llegar-cero-embarazos-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-%E2%80%93-mapa-el-salvador-2020>, accessed 1 March, 2022.
- United Nations Population Fund, global databases, 2022. Based on official responses to the United Nations 13th and 12th Inquiry among Governments on Population and Development.
- UNFPA (United Nations Population Fund) Sierra Leone, n.d. "Gender-Based Violence." Website: [sierraleone.unfpa.org/en/topics/gender-based-violence-11](https://unfpa.org/en/topics/gender-based-violence-11), accessed 9 February 2022.

- UN General Assembly, 2007. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. A/RES/61/106. Website: [un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html](http://un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html), accessed 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." Website: [icc-cpi.int/resource-library/documents/rs-eng.pdf](http://icc-cpi.int/resource-library/documents/rs-eng.pdf), accessed 1 December 2021.
- UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. A/RES/44/25. Website: [ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx](http://ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx), accessed 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. A/RES/34/180. Website: [ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf](http://ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf), accessed 15 November 2021.
- UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Website: [ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx](http://ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx), accessed 17 November 2021.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2012. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Rashida Manjoo." A/HRC/20/16. Website: [ohchr.org/Documents/Issues/Women/A.HRC.20.16\\_En.pdf](http://ohchr.org/Documents/Issues/Women/A.HRC.20.16_En.pdf), accessed 18 December 2021.
- UN Women, 2021. *Beyond COVID-19: A Feminist Plan for Sustainability and Social Justice*. Website: [unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2021/Feminist-plan-for-sustainability-and-social-justice-en.pdf](http://unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2021/Feminist-plan-for-sustainability-and-social-justice-en.pdf), accessed 1 December 2021.
- UN Women, 2012. *Facts & Figures: Rural Women and the Millennium Development Goals*. Website: <https://www.un.org/womenwatch/feature/ruralwomen/facts-figures.html>, accessed 1 December 2021.
- Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution can be Expected?" *Population Health Metrics* 19: 2.
- Vanden Broek, Jana and others, 2016. "Antenatal Care Use in Urban Areas in Two European Countries: Predisposing, Enabling and Pregnancy-Related Determinants in Belgium and The Netherlands." *BMC Health Services Research* 16: 337.
- Vlassoff and others, 2018. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies (IDS Research Reports 59).
- Vu, Alexander and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS Currents Disasters*. Edition 1, doi: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
- Wellings, Kaye and others, 2013. "The Prevalence of Unplanned Pregnancy and Associated Factors in Britain: Findings from the Third National Survey Of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)." *Lancet* 382(9907): 1807-1816.
- Westhoff, Charles F., 2010. *Desired Number of Children: 2000-2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- White, Kari and others, 2015. "Contraception after Delivery and Short Interpregnancy Intervals Among Women in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 125: 1471-1477.
- White Ribbon Alliance, 2019. *What Women Want: Demands for Quality Reproductive and Maternal Healthcare from Women and Girls*. Website: [whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/What-Women-Want\\_Global-Results.pdf](http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/What-Women-Want_Global-Results.pdf), accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021. WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. Website: [who.int/publications/i/item/9789240030909](http://who.int/publications/i/item/9789240030909), accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021a. "Infant and Young Child Feeding: Key Facts." Website: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding](http://who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding), accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020. "Preventing Unsafe Abortion: Key Facts." Website: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion](http://who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion), accessed 15 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020a. "Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020." Website: [who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2020.1](http://who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1), accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020b. "Adolescent Pregnancy: Key Facts." Website: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy](http://who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy), accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020c. "Family Planning/Contraception Methods: Key Facts." Website: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception](http://who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception), accessed 15 November 2021.



- WHO (World Health Organization), 2019. "Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability." Website: [who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates](http://who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates), accessed 27 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019a. *Breaking Barriers. Towards More Gender-Responsive and Equitable Health Systems*. Website: [who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/gender\\_gmr\\_2019.pdf](http://who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/gender_gmr_2019.pdf), accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019b. "High Rates of Unintended Pregnancies Linked to Gaps in Family Planning Services: New WHO Study." Geneva: WHO. Website: [who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study](http://who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study), accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019c. *RESPECT Women: Preventing Violence Against Women*. WHO/RHR/18.19. Geneva: WHO. Website: [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1)
- WHO (World Health Organization), 2018. *Family Planning. A Global Handbook for Providers*. Geneva: WHO. Website: [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf), accessed 26 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2017. Unpublished report.
- WHO (World Health Organization), 2016. "WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience." Geneva: WHO. Website: [who.int/publications/i/item/9789241549912](http://who.int/publications/i/item/9789241549912), accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2015. "Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems." Geneva: WHO. Website: [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO-RHR\\_15.04\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO-RHR_15.04_eng.pdf), accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2014. "Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2007. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005*. WHO/RHR/07.1. Geneva: WHO. Website: [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/?sequence=1), accessed 25 November 2021.
- WHO (World Health Organization) and others, 2019. "Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017." Geneva: WHO. Website: [data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT](http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT), accessed 15 November 2021.
- Wilcox, Allen J. and others, 2001. "Likelihood of Conception with a Single Act of Intercourse: Providing Benchmark Rates for Assessment of Post-Coital Contraceptives." *Contraception* 63(4): 211-215.
- Women's Refugee Commission and others, 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-Depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission. Website: [unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH\\_good\\_practice\\_documentation\\_English\\_FINAL.pdf](http://unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf)
- Wondemagegn, Amsalu Taye and others, 2018. "The Effect of Antenatal Care Follow-Up on Neonatal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Public Health Reviews* 39: 33.
- World Bank, 2021. *Gender Indicator Report: Women Who Believe A Husband Is Justified In Beating His Wife When She Refuses Sex With Him*. Databank: Gender Statistics. Website: [data.worldbank.org/indicator/SG.VAW](http://data.worldbank.org/indicator/SG.VAW). ARGU.ZS, accessed 20 October 2021.
- World Bank, 2021a. *Women, Business and the Law, 2021*. Washington, DC: World Bank. Website: [wbl.worldbank.org/content/dam/sites/wbl/documents/2021/02/WBL2021\\_ENG\\_v2.pdf](http://wbl.worldbank.org/content/dam/sites/wbl/documents/2021/02/WBL2021_ENG_v2.pdf), accessed 1 December 2021.
- Xu, Fujie and others, 2010. "Women Who Have Sex With Women in the United States: Prevalence, Sexual Behavior and Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection - Results From National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2006." *Sexually Transmitted Diseases* 37(7): 407-413.
- Yazdkhasti, Mansureh and others, 2015. "Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article." *Iranian Journal of Public Health* 44(1): 12-21.
- Zhou, Jacy and others, 2020. "Systematic Review of Early Abortion Services in Low- and Middle-Income Country Primary Care: Potential for Reverse Innovation and Application in the UK Context." *Globalization and Health* 16: 91.
- Zuniga, Carmela and others, 2020. "The Impacts of Contraceptive Stock-Outs on Users, Providers, and Facilities: A Systematic Literature Review." *Global Public Health* 2020 doi: 10.1080/17441692.2020.1850829, online ahead of print.

Оригинальные иллюстрацию включают работы нескольких фотографов. Коллажи и иллюстрации включают изображения из следующих источников:

- AllGo на платформе Unsplash: стр. 36
- Christina (Кристина) @ wocintechchat.com на платформе Unsplash: стр. 37
- Eye for Ebony на платформе Unsplash: стр. 36
- Faisal Hijjaz (Фейсал Хиджаз) на платформе Pexels: страница 66
- HoneyYanibel Minaaya Cruz (Минайя Круз) на платформе Unsplash: стр. 11
- Ian Kiragu (Ян Кирагу) на платформе Unsplash: стр. 36
- Irene Strong (Айрин Стронг) на платформе Unsplash: стр. 40, 90–91
- JESHOOTS на платформе Unsplash: стр. 36, 37
- Jessica Felicio (Джессика Фелисио) на платформе Unsplash: стр. 18-19, 14, 15
- Joanna Nix-Walkup (Джоанна Никс-Вокап) на платформе Unsplash: стр. 36
- Joshua Hanson (Джошуа Хэнсон) на платформе Unsplash: стр. 36
- Juan Encalada (Хуан Энкалада) на платформе Unsplash: стр. 40, 90–91
- Kimson Doan (Кимсон Доан) на платформе Unsplash: стр. 36, 37
- Мануэль Лино (Manuel Lino): стр. 8–9, 18–19, 36–37, 40, 57, 66–67, 90–91, 97, 106–107, 118, ОБЛОЖКА
- Mateus Campos Felipe (Матеус Кампос Фелипе) на платформе Unsplash: стр. 36
- Mathilda Khoo (Матильда Ку) на платформе Unsplash: стр. 37
- Mustafa Omar (Мустафа Омар) на платформе Unsplash: стр. 8–9, 19, 114, 115
- Olha Ivanova (Ольга Иванова) на платформе Unsplash: страницы 90–91, 97, ОБЛОЖКА
- Panitan Pungruang (Панитан Пунпуанг) на платформе Unsplash: стр. 9, 36
- Parij Borgohain (Парий Боргохайн) на платформе Unsplash: стр. 37
- Rachel Mcdermott (Рэйчел Макдермотт) на платформе Unsplash: стр. 36, 117
- Taylor Hernandez (Тейлор Эрнандес) на платформе Unsplash: стр. 36
- ©ЮНФПА/Roger Anis (Роджер Анис): стр. 8, 37
- ©ЮНФПА/Sima Diab (Сима Диаб): стр. 95
- Vitor Camilo (Витор Камило) на платформе Unsplash: стр. 36
- Vgajic на платформе iStock: стр. 106



The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that every receipt, invoice, and bill should be properly filed and indexed for easy retrieval. This not only helps in tracking expenses but also ensures compliance with tax regulations.

Next, the document outlines the various methods for collecting and organizing financial data. It suggests using spreadsheets or specialized accounting software to input and analyze data. Regularly updating these records is crucial to avoid discrepancies and to have a clear overview of the financial health of the organization.


The document also addresses the issue of budgeting and forecasting. It provides guidelines on how to set realistic financial goals and allocate resources effectively. By comparing actual performance against the budget, management can identify areas of overspending and take corrective actions.

Furthermore, it discusses the importance of transparency and communication in financial reporting. Stakeholders, including investors and creditors, need to be kept informed about the company's financial status. Clear and concise reports, supported by data, are essential for building trust and making informed decisions.

In conclusion, the document stresses that a systematic and disciplined approach to financial management is the key to long-term success. It encourages the implementation of robust internal controls and regular audits to ensure the integrity and accuracy of the financial records.



Обеспечение прав и возможностей выбора для всех

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения  
605 Third Avenue  
New York, NY 10158  
Тел.: +1 212-297-5000  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)  
 @UNFPA

ISSN 2520-2022  
eISBN 978-92-1-001504-2