

DOI: 10.31857/S086919080020572-6

ПРОБЛЕМА ПЕРЕСТРОЙКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В КЕНИИ

© 2023

И.Г. РЫБАЛКИНА ^а

^а – Институт Африки РАН, Москва, Россия;
ORCID: 0000-0003-2590-4084; i.rybalkina@inafr.ru

Резюме: Тематика политики целенаправленного регулирования деторождения отмечена в документах мирового значения – Целях развития тысячелетия (2001 г.) и Целях устойчивого развития (2015 г.). Миграционный кризис, охвативший современный социум, – одна из причин, побудивших развитые страны оказывать содействие развивающемуся миру в политике сдерживания демографического роста. Программы планирования семьи – организованная деятельность по распространению информации, услуг, медикаментов и средств для регулирования деторождения современными способами, проводимая преимущественно государственными структурами. Они отражают озабоченность правительств быстрым ростом населения и являются основным, и во многих развивающихся странах единственным, инструментом демографической политики. На Африканском континенте вследствие традиционных массовых установок на многодетность, преобладания аграрного типа ведения хозяйства, где ценится бесплатный детский труд, значительной младенческой смертности, детерминирующей высокую рождаемость, и немалого количества иных причин во многих странах Африки южнее Сахары (АЮС) политика сдерживания демографического роста пробуксовывает. Поэтому интересен позитивный кенийский пример внутрисемейного планирования рождаемости, который еще не был освещен в отечественной научной литературе. Он свидетельствует о том, что за последние полвека произошла заметная демографическая дифференциация стран региона, и Кения – одна из немногих среди 55 государств континента, где еще с середины XX в. было положено начало перестройки репродуктивного поведения. Разнообразный консолидированный опыт решения сложных проблем кенийским правительством и министерством здравоохранения при реализации политики планирования семьи мог бы представить практический интерес и для других африканских стран, которые ныне еще находятся в начальной стадии неизбежного глобального демографического перехода, характеризующегося, прежде всего, снижением рождаемости и увеличением продолжительности жизни. Большая помощь предоставляется государствами Запада африканским народам в реализации демографической политики. В непрестанном стремлении сдерживать миграционные потоки с глобального Юга Запад и в дальнейшем будет оказывать всемерное содействие развивающимся странам.

Ключевые слова: Кения, службы планирования семьи, министерство здравоохранения, контрацепция, демографическая политика, анти-ВИЧ/СПИД программы.

Для цитирования: Рыбалкина И.Г. Проблема перестройки репродуктивного поведения в Кении. *Восток (Oriens)*. 2023. № 1. С. 63–75. DOI: 10.31857/S086919080020572-6

THE PROBLEM OF RESTRUCTURING REPRODUCTIVE BEHAVIOR
IN KENYA

© 2023

Inna G. RYBALKINA ^a^a – Institute for African Studies, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
ORCID: 0000-0003-2590-4084; i.rybalkina@inafr.ru

Abstract: *The issues of childbearing regulation policy is noted in the documents of world importance – the Millennium Development Goals (2001) and the Sustainable Development Goals 2015. The migration crisis that has engulfed the contemporary society is one of the reasons that prompted developed countries to assist the developing world in the policy of curbing demographic growth. Family planning programs are organized activities, carried out primarily by government agencies, in order to disseminate information, services, medicines and up to date means of childbirth regulation. They reflect the governments' serious concern with rapid population growth, and they are the main, and in many developing countries the only, instrument of demographic policy. On the African continent, due to the traditional views favoring large families, predominance of the agrarian sector, where free child labor is valued, significant infant mortality, which determines the high birth rate, and a considerable number of other reasons, the policy of curbing demographic growth is stalling in many sub-Saharan countries. Therefore, Kenya's positive example of intra-family birth planning, which has not yet been covered in Russian research works, is of a certain academic and practical interest. It indicates that over the past 50 years there has been a noticeable demographic differentiation of the African countries, and Kenya is one of the few among the 55 states of the continent, where the restructuring of reproductive behavior has started as early as mid-20th century. This became possible with significant comprehensive support from the Western countries which aim to decrease the migration flow from the global South.*

Keywords: Kenya, family planning services, ministry of health, contraception, demographic policy, anti-HIV/AIDS programs.

For citation: Rybalkina I.G. The Problem of Restructuring Reproductive Behavior in Kenya. *Vostok (Oriens)*. 2023. No. 1. Pp. 63–75. DOI: 10.31857/S086919080020572-6

Экономический потенциал Кении – один из наиболее развитых в Африке. Согласно данным Международного валютного фонда и Всемирного банка Кения – седьмая экономика континента из 55-ти по объему номинального ВВП [World Economic..., 2022; *World Bank Data*, 2021]. Страна издавна привлекала европейцев и североамериканцев прекрасным климатом высокогорных плато (среднегодовая температура +25°C), богатством полезных ископаемых, редкой фауной и флорой, выгодным географическим положением и пр. Еще с колониальных времен сфера здравоохранения, медицинская наука и практика находятся на должном уровне, уступая лишь ЮАР и по отдельным позициям Тунису и Марокко. Но лечебная помощь, требующая высокой квалификации, включая хирургические операции исключительной сложности в области кардиологии, нейрохирургии, кохлеарной трансплантологии, лапароскопии, использование последних достижений в области химио- и лучевой терапии, косметической стоматологии, физиотерапии и т.д. – доступна лишь наиболее обеспеченным слоям населения [Матвеева, 2017, с. 155].

Власти Кении и министерство здравоохранения еще в 1950–1960-х гг. обратились к разработке курса демографической политики, направленной на снижение рождаемости.

В то время, когда очень многие правительства придерживались условно справедливой концепции возрастания геополитической значимости государства вследствие продолжения неконтролируемого роста численности граждан¹, руководство Кении одним из первых пришло к осознанию, что быстрое увеличение жителей страны может стать тормозом экономического прогресса, вызвать аграрное перенаселение, дефицит продовольствия и источников пресной воды, истощение природных ресурсов, обострение социально-политической обстановки и локальных конфликтов, миграционные цунами и пр., а замедление роста может способствовать экономическому развитию. По выражению видного отечественного демографа С.Ф. Иванова, «быстрый рост населения в условиях отсталости является линзой, усиливающей практически все проблемы» [Иванов, 2017, с. 40].

Отчасти при содействии британского экспертно-научного сообщества стали разрабатываться разнообразные элементы и составляющие демографической политики.

В тот период, когда на континенте еще не начался демографический взрыв, развернувшийся только за счет естественного прироста, не обострились конфликты за воду, не ухудшалась эпидемиологическая обстановка, не увеличилось число африканцев, живущих за чертой бедности, резко не усугубились продовольственная проблема, давление на физическую и социальную инфраструктуру, правительство Кении раньше других – в 1958 г. – приступило к созданию программ планирования семьи. В 1960–1970-е гг. рождаемость в стране была одной из самых высоких в мире. К концу XX в. с помощью Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), международных финансовых спонсоров и политики перестройки репродуктивного поведения стал намечаться демографический переход, показатели фертильности сократились до пяти детей на женщину [Heisel, 2007]. Затем прирост населения в Кении «застыл» на этой позиции. Во втором десятилетии XXI в. снижение уровня фертильности постепенно продолжалось (4,9 в 2003 г.) и уменьшилось с цифры 4,6 в 2010 г. до 3,9 в 2014 г. [Kenya, 2015, p. 65]. Новейшие косвенные оценки квалифицированных экспертов Отдела народонаселения ООН фиксируют дальнейшее снижение суммарного коэффициента рождаемости (СКР) в 2014–2021 гг. до уровня 3,34 ребенка на женщину [World Population Prospects, 2022].

ПРИВЛЕЧЕНИЕ РЕЛИГИОЗНЫХ ДЕЯТЕЛЕЙ

В настоящее время в Кении продолжается работа по реализации политики планируемого родительства, внедрению контрацептивных препаратов и различных методов контрацепции как для женщин, так и для мужчин, охране здоровья матери и ребенка, сокращению материнской и младенческой смертности, улучшению эпидемиологической обстановки, противодействию распространения ВИЧ/СПИДа, других вирусных и инфекционных заболеваний и пр. Для сокращения рождаемости применяются все доступные и возможные средства и методики. Пытаясь противостоять тысячелетним традициям многодетности, особенно в сельской местности, в начале 2010-х гг. руководство страны, министерство здравоохранения и Христианская медицинская ассоциация Кении приняли решение о привлечении религиозных деятелей, организаций и ассоциаций – католических, протестантских, мусульманских и др. – к работе по распространению медицинских знаний и информации о современных методах планирования семьи, чтобы повысить численность граждан, добровольно обратившихся к услугам этих организаций. Обращение за помощью к священнослужителям – одна из наиболее эффективных технологий демографической

¹ Социодемографы отмечают, что если в 1950 г. африканские дети составляли девятую часть детского населения мира, к 2016 г. – четверть всего детского населения мира, то к концу XXI в. их численность превзойдет детское население Азии [Generation 2030 Africa 2.0, 2017].

политики. Рекордных во всей истории человечества темпов снижения рождаемости удалось добиться в 1990-е гг. иранскому руководству именно за счет привлечения религиозных деятелей к своему курсу. В Египте администрации Х. Мубарака удалось заметно снизить рождаемость только после того, как она стала привлекать к своей кампании служителей культа [Ходунов, 2014].

Немало африканских религиозных деятелей, как христианских, так и мусульманских, признают важность политики планирования семьи [Aylward, Friedman, 2014] и готовы содействовать данному курсу, если им будет оказана достаточная поддержка в этом направлении и предоставлена соответствующая конкретная подготовка [Alikali, 2017, p. 72–73]. В течение пяти лет, с 2013 по 2017 гг., Христианская медицинская ассоциация Кении осуществляла реализацию проекта, направленного на увеличение служб планирования семьи и стимулирование добровольности их посещения местными жителями в ряде провинций на западе страны. Были выбраны поселения, где показатели фертильности превышали средние данные по стране, а брачный возраст оставался минимальным, как и использование средств контрацепции. Планировалось обучение священнослужителей, повышение их знаний о демографической политике, программах внутрисемейного регулирования рождаемости, проведение информационной работы среди членов общин, улучшение доступа к данным службам для местных жителей, объяснение им основных особенностей и преимуществ программ регулируемого деторождения. Духовенство привлекали к распространению информации о программах планируемого родительства, объясняя важность этого вопроса необходимостью заботы о здоровье и благосостоянии семей прихожан в их общинах и конгрегациях.

62 служителя культа и 112 волонтеров было подготовлено и обучено в социальном, медицинском и психологическом плане навыкам убеждения, наставлений и советов с целью, чтобы местные жители добровольно участвовали в изменении демографических предпочтений. Ко времени окончания проекта в 2017 г. религиозным деятелям удалось ознакомить 675 000 чел. с основными положениями программы планирования семьи, убедить и направить 85 810 чел., преимущественно кениек, проживающих на западе страны, обратиться в соответствующие службы регулирования рождаемости [Ruark et al., 2019, p. 482].

Священнослужители совместно с волонтерами проводили активную информационную агитацию и пропаганду, а руководство Христианской медицинской ассоциации Кении, работающей во взаимодействии с министерством здравоохранения, отметив успешные показатели их труда, впоследствии приняло решение заниматься их подготовкой для распространения знаний среди населения о гипертонии, диабете и туберкулезе.

Христианские и мусульманские религиозные деятели, получившие необходимые знания, с удовлетворением говорили о результатах своих проповедей, чувствуя причастность к решению жизненно важных проблем в области охраны здоровья семьи, материнского и детского здоровья и своих общин в целом. Несмотря на противодействие многих мужчин, их жены, подчас втайне от супруга, стали значительно чаще обращаться за контрацептивными средствами в соответствующие службы.

Члены Христианской медицинской ассоциации Кении в работе по реализации проекта сталкивались и с немалыми трудностями, например с текучестью кадров, особенно операционных медсестер, помогавших осуществлять имплантацию и другие хирургические процедуры. Они старались в кратчайшие сроки находить новых сотрудниц и осуществлять программу повышения квалификации, содействовать карьерному росту, обеспечивать необходимыми медицинскими средствами и поощрять персонал за успешную профессиональную работу.

Функционированию служб планирования семьи немало препятствуют периодически организуемые забастовки кенийского медицинского персонала, участники которых отсутс-

твуют в это время на своих рабочих местах. Так, в периоды трехмесячной забастовки врачей в конце 2016 – начале 2017 гг. и пятимесячной стачки медсестер в 2017 г. финансовые гранты были полностью использованы для приобретения запасов необходимых контрацептивных средств в кооперации с провинциальными отделениями министерства здравоохранения [Ruark et al., 2019, p. 487]. Ведь обеспеченность средствами контрацепции – общая перманентная проблема для всего континента [Ali et al., 2018]. Помимо этого священнослужители слышали подчас критику в свой адрес, что не подобает людям, посвятившим жизнь служению Богу, говорить о политике планирования семьи; но сотрудники Христианской медицинской ассоциации в период подготовки религиозных деятелей к новой роли учили их объяснять, что они выступают ныне с просветительской функцией заботы о здоровье населения, направленной на ознакомление кенийцев с программой регулирования деторождения, используя при этом соответствующие высказывания из Библии и Корана. Если же священнослужители не могли ответить на какие-либо технические или специальные вопросы прихожан, уже посещающих пункты планирования семьи, в подобных случаях им было рекомендовано приглашать на проповеди и службы сотрудников центров планирования рождаемости или медиков-волонтеров, чтобы после религиозной службы и проповеди они могли рассказать о специфических деталях программы планируемого родительства.

Медицинские волонтеры нередко сталкивались и с враждебным отношением из-за бытующих в народе представлений, что данные программы запрещают африканцам иметь много детей. В период подготовки волонтеров учили убеждать, что планирование семьи не направлено против рождаемости, а лишь на формирование оптимального размера семейного коллектива, который родители в состоянии прокормить и должным образом обеспечить, а вовсе не препятствовать деторождению [Ruark et al., 2019, p. 487]. Медицинские волонтеры стремятся также бороться с превратными представлениями, что отдельные методы контрацепции могут вызвать онкологические заболевания или слабость женщин, теряющих силы и возможность работать, и что иные методы неэффективны либо вызывают необратимые побочные эффекты. Волонтеры проводили беседы с семейными парами, разъясняя преимущества планируемого родительства, в особенности в тех семьях, где мужья настроены резко против ограничения рождаемости.

Реализация проекта выявила, что религиозных деятелей необходимо соответствующим образом, умело и дипломатично приглашать к участию, и тем из них, которые выразят согласие, предоставить адекватную медико-социопсихологическую подготовку, и чтобы по возможности были представлены все религиозные направления и течения. Предметная подготовка включает новейшую информацию о методах планирования семьи и разоблачает общие неверные концепции и превратные слухи, бытующие не только в народе, но подчас и среди духовенства [Ruark et al., 2019, p. 488]. Также очень важным было предоставить время религиозным деятелям, чтобы они смогли воспринять и усвоить обучающий материал, дать им возможность задавать вопросы и обсуждать новые знания и их роль в этом проекте со своими прихожанами. Реализация проекта доказала, что привлечение священнослужителей различных религиозных направлений и конфессий к популяризации программ сдерживания демографического роста стало одним из эффективных методов снижения рождаемости.

ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБ

В течение последнего десятилетия Кения добилась успехов в интеграции служб планирования семьи со службами предотвращения и борьбы с ВИЧ/СПИДом, для которых международное сообщество выделяло значительное финансирование, гораздо большее, чем для любого иного целеполагания, а также с другими медицинскими подразделениями,

организациями и клиниками, в первую очередь с государственными и частными отделениями охраны здоровья матери и ребенка, антенатальными, постнатальными, перинатальными клиниками, охраны материнского здоровья, детскими клиническими отделениями, центрами ВИЧ-тестирования и консультирования и пр.

По данным кенийской медицинской статистики, 18 % замужних женщин испытывают недостаток в услугах планирования семьи, причем в сельской местности 20,2 %, а в городской – 13,4 % [Mutisya et al., 2019] (среднемировой уровень – 12 %, а в АЮС – 24 %).

Министерством здравоохранения Кении предпринимались немалые усилия для снижения неудовлетворенного спроса на контрацептивные препараты. Министерство постоянно задумывалось о диверсификации и активизации методов совершенствования работы служб планируемого родительства.

По свидетельству кенийских медиков, проводивших исследования в 2009 г. в трех крупнейших городах страны – Найроби, Момбаса и Кисуму – были выявлены высокие показатели неудовлетворенного спроса на контрацептивы: от 18 % в самом богатом округе Найроби до 41 % в беднейшем округе Момбасы [*Kenya Urban Reproductive Health Initiative*, 2011, р. XV]. Для устранения диспропорций было принято решение использовать различные методы интеграции с другими смежными медицинскими организациями и центрами.

Продумывались и осуществлялись комплексные меры, чтобы обращение клиента в интегрированные организации стало бы максимально результативным и он смог бы получить ответы на различные вопросы в одном клиническом центре в течение одного визита в лечебное учреждение. Для достижения этих целей был разработан проект *Tupange*, рассчитанный на пять лет с 2010 по 2015 гг. [*Kenya Urban Reproductive Health Initiative*, 2011]. В результате его выполнения большинство обратившихся за медицинской помощью (85,3 %) свидетельствовали, что они получили все необходимые услуги и информацию в течение одного визита в клинику. Более того, 50,5 % отмечали, что время, проведенное в медицинском центре, было оптимальным, 38,6 % заявили о длительности визита и 9,9 % респондентов свидетельствовали о быстром предоставлении услуг. Пациенты сообщали, что примерно за 1 час им удалось посетить всех необходимых специалистов в течение одного визита. Однако некоторые заявили, что им пришлось провести 6 часов в клинике. Большинству обследуемых удалось посетить 4–5 специалистов, на что ушло в среднем 80 минут (от 55 до 138) в течение одного дня [Mutisya et al., 2019].

К работе клиник не только подключался персонал из служб планирования семьи, но и сами сотрудники медучреждений проходили соответствующую подготовку по вопросам планируемого родительства. Нередко интеграционный процесс становился довольно затруднительным: у сотрудников не было достаточной мотивации, либо ощущался недостаток соответствующего оборудования, медикаментозных средств и т.п. Подчас сотрудники медицинских учреждений были перегружены своими основными обязанностями по профилю клиник, например при работе с тяжелыми больными, прежде всего ВИЧ-инфицированными, и у них не хватало ни времени, ни возможностей обращать внимание пациентов на вопросы планирования семьи, убеждать их, что все средства контрацепции безопасны, не имеют побочных эффектов, губительных для здоровья и пр.

Вместе с тем, психологический настрой персонала, желание работать и убеждать пациентов играет важную роль в реализации политики планируемого родительства и в ее результативности. Ведь без перестройки репродуктивного поведения и без расширения охвата контрацептивными средствами будет продолжаться увеличение числа незапланированных и нежеланных беременностей, неизбежно повышение материнской смертности в период беременности и родов и отдаление от выполнения указанной в Целях устойчивого развития Цели 3 – Всеобщего охвата услугами здравоохранения – где основная задача

формулируется как улучшение репродуктивного здоровья и здоровья матерей, новорожденных и детей (по данным ВОЗ, до сих пор минимум половина населения Земли не имеет возможности получать основные услуги здравоохранения [Всеобщий охват..., 2021]).

Серьезной проблемой для Кении, как и для ряда стран АЮС, является значительный уровень распространения ВИЧ/СПИДа и вероятность передачи инфекции от матери к плоду. Наибольшая степень зараженности характерна для девушек подросткового возраста и молодых женщин от 15 до 24 лет. Хотя они и составляют лишь 10 % населения стран Южной и Восточной Африки, но более четверти вновь ВИЧ-инфицированных (26 %) приходится именно на эту возрастную категорию. В Кении число инфицированных девушек-подростков более чем в два раза превышает численность их ровесников юношей [Rogers, 2020, p. 6]. На западе страны в провинции Кисуму около 37 % всех ВИЧ-инфицированных составляют жители моложе 24 лет [Rogers, 2020, p. 6]. Министерство здравоохранения Кении объявило девушек-подростков и молодых женщин до 24 лет приоритетной возрастной категорией при обеспечении профилактическими медикаментозными средствами, предохраняющими от ВИЧ-инфекции. Задача популяризации знаний об антиретровирусных препаратах среди населения и побуждения к их применению была возложена преимущественно на клиники охраны здоровья матери и ребенка и центры планирования семьи [Rogers, 2020, p. 6]. Распространение соответствующих сведений и информации происходит с немалыми трудностями. Более того, лишь треть девушек-подростков и молодых женщин в Западной Кении продолжают использовать предложенные им медикаментозные средства после месяца их применения.

Что же препятствует распространению антиретровирусных препаратов среди представительниц этой возрастной категории? Социологи отмечают среди прочих три основных фактора. Первым называют состояние беременности, которое может иметь и позитивный, и негативный контент в зависимости от точки зрения индивидуума. Некоторые молодые женщины считают, что действительно есть необходимость заботиться о здоровье ожидаемого ребенка, а также и о своем, т.к. на матери лежит основная ответственность за здоровье и будущее семьи в целом. Но другие кенийки, ожидающие появления ребенка, отказываются употреблять лекарственные средства из опасения неизвестного влияния незнакомой им прежде «химии» на младенца, также объясняя свою позицию заботой о здоровье малыша. Второй причиной сложного отношения к предлагаемым медицинским препаратам являются опасения негативных высказываний мужа или партнера, переживания, каким образом будет воспринято известие о том, что она стала принимать антиретровирусные лекарства, а также боязнь быть брошенной и остаться одной. Третьим фактором-препятствием, когда молодых женщин все же удается уговорить на проведение профилактических мероприятий и они решаются употреблять терапевтические средства даже втайне от мужа, подчас становится отсутствие подходящего места в доме для хранения лекарств и благоприятного момента времени, чтобы ими воспользоваться, не вызывая лишних вопросов, подозрений, жесткой отрицательной реакции и т.п.

Указывая на важность проблемы борьбы со СПИДом и ВИЧ-инфекцией, министерство здравоохранения Кении подчеркивает острую необходимость информационной работы с кенийскими мужчинами, чье мнение в семье является решающим, и разъяснения им значения профилактической терапии [Rogers, 2020, p. 18]. Эти ответственные задачи возлагаются в первую очередь как на клиники охраны здоровья матери и ребенка с основной целью предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду [Carbone et al., 2019], так и на центры планирования семьи, которым настоятельно рекомендовано пропагандировать среди кенийцев принципы и методику функционирования профилактической медицины,

расширяя по возможности охват населения, и развенчивать мифы о вреде лекарственных средств, применяемых кенийскими медиками [Rogers, 2020, p. 19].

В планах министерства здравоохранения намечено углубление интеграции служб планирования семьи и ВИЧ-терапии. В настоящее время использование контрацепции в стране приближается к 60 % (ВОЗ рекомендует для всего развивающегося мира 70 %, но этого показателя добились на континенте лишь немногие государства). Однако в отдельных местностях оно ниже средних показателей, а подчас даже уменьшается.

Ныне 1,6 млн кенийцев, больше половины которых женщины (63 %), живут с вирусом иммунодефицита человека и рискуют оказаться в положении нежеланной или незапланированной беременности [UNAIDS, 2020]. Для противодействия внутриутробному инфицированию и для сокращения материнской смертности от этих причин во время беременности и родов планировалось сделать специализированные объединенные медицинские службы более доступными для жительниц аграрных районов. Намечалось осуществлять интеграцию в рамках системы здравоохранения местных общин.

В провинциях созданы комитеты здравоохранения, которые управляют деятельностью общинных подразделений, охватывающих в среднем 1 тысячу домохозяйств, либо 5 тыс. человек [Liambila et al., 2020]. Под руководством медработников в каждом общинном подразделении служат около 15-ти медицинских волонтеров, которые обеспечивают профилактическую и в некоторых случаях простейшую лечебную работу для местного населения. Медработникам и волонтерам министерством здравоохранения предусмотрены программы дополнительного обучения, которые успешно прошли к настоящему времени десятки медработников и сотни волонтеров. В провинции Бусиа, где уровень использования контрацептивов ниже средnekенийского (56 %), отдел здравоохранения направил запрос в инстанции о необходимости предоставления местным медработникам нижнего звена и волонтерам, которые по традиции работают практически безвозмездно, возможности одновременно учиться на аграрных бизнес-курсах. По проекту руководства провинции такие виды сельскохозяйственной деятельности как рыбоводство, птицеводство и другие могли бы способствовать жизнеобеспечению сотрудников и общинных подразделений, которые выплачивали бы волонтерам вознаграждение и покрывали бы их транспортные расходы при посещении отдаленных домохозяйств. Отделом здравоохранения провинциальной администрации высказывается надежда, что приносящая финансовый доход деятельность могла бы уменьшить основную кадровую проблему среди медработников и волонтеров местных общин – текучесть рабочей силы – и содействовать разработке стратегии сохранения человеческих ресурсов [Liambila et al., 2020].

Специалисты отмечают заметный прогресс в использовании контрацепции в Кении в течение последнего десятилетия. Однако за среднестатистическими данными скрываются значительные различия по отдельным провинциям, в трех из которых с 2015 г. отмечается снижение показателей. Помимо этого, уже более 10 лет неизменным с 2009 г. остается уровень подростковой беременности в возрастной группе от 15 до 19 лет (18 %), т.е. беременность наступает приблизительно у одной из пяти юных кениек вследствие как ранних браков, так и неудовлетворенного спроса на контрацептивные препараты, прежде всего из-за ненадежного снабжения и затрудненного доступа к службам репродукции и планирования семьи [Appleford, Mbuthia, 2020, p. 1].

Международные эксперты совместно с кенийскими учеными-медиками в результате исследования, проведенного в конце 2019 – начале 2020 г. в провинциях, где отмечалось уменьшение применения контрацептивных средств, пришли к выводу, что оно стало результатом снижения государственного финансирования служб планирования семьи. Фиксируя в свое время позитивные изменения в применении контрацепции, правительство

и министерство здравоохранения сокращали финансирование на регулирование деторождения, полагаясь лишь на помощь международных финансовых доноров, крупнейшие из которых – Всемирный Банк, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, правительство Японии и др. В результате в отдельных районах стали ухудшаться снабжение центров планирования семьи контрацептивными препаратами и ассортимент медикаментозных средств. Ученые пришли к выводу, что долговременная политика сдерживания демографического роста наиболее эффективно может осуществляться лишь в результате внутрисемейного планирования рождаемости. Службы планирования семьи в Кении – основной инструмент реализации этой политики; их снабжение и обеспечение должны быть максимально улучшены. Их внимание следует адресно фокусировать на конкретных группах населения: женщинах детородного возраста, девушках-подростках, а также женатых мужчинах, поскольку за ними всегда остается решающее слово в семье и домохозяйстве, в том числе и в вопросах применения контрацепции, хотя нередко ее приходится использовать втайне от них.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДОМ

Отдельной сложной темой медики выделяют зависимость вопросов планирования семьи и распространения заболеваемости ВИЧ/СПИДОМ. Кенийские специалисты из Международного центра репродуктивного здоровья (Момбаса), организации «Здравоохранение на службе процессов развития в Африке» (Найроби) и других медицинских ассоциаций совместно с канадскими учеными отделений семейной медицины и проблем глобального здравоохранения университетов Торонто и Манитобы провели опросы и наблюдения на предмет осведомленности молодых кениек о наличии различных анти-ВИЧ терапевтических программ, реализуемых кенийским министерством здравоохранения. Ведь девушки-подростки и молодые женщины в возрасте от 15 до 24 лет наиболее подвержены ВИЧ-инфицированию не только в Кении, но и в глобальном масштабе [*World Health Organization*, 2017].

Немало кенийских девушек-подростков и молодых женщин не осведомлены о местных анти-ВИЧ программах; среди женщин девиантного поведения подавляющее большинство (74 %) не имеют о них представления. Проблемы этих женщин выделяются особо, поскольку они составляют основную группу риска², в том числе и передачи инфекции от матери к плоду и рождения инфицированного ребенка.

На основании собранного полевого материала было выявлено, что средний возраст первого сексуального контакта – 16 лет, для представительниц древнейшей профессии – 15,5. Первая беременность наступала в среднем в 18 лет, для женщин девиантного поведения – 17,6. Средний возраст первого аборта – 18,3. 59 % абортов были выполнены без соблюдения санитарных норм (у девушки на дому или в чьем-либо частном доме, либо в клинике, не имеющей лицензии) [Wilson et al., 2020, p. 4].

Как полагают кенийские и зарубежные медики, оптимально, если бы анти-ВИЧ службы работали в кооперации с местными системами здравоохранения, чтобы обеспечить консультирование по вопросам женского здоровья, а также со службами лечения заболеваний, передаваемых половым путем, с центрами планирования семьи, со службами, защищающими женщин от бытового насилия, со службами безопасных абортов, антенатальными отделениями и клиниками охраны материнского здоровья [Haberlen et al., 2017; Jewkes, Flood, Lang, 2015].

² Второй после столицы Найроби кенийский город Момбаса – крупнейший африканский порт на побережье Индийского океана, второй на континенте по грузообороту после Кейптауна, где концентрируется значительное число моряков со всего мира.

Данные исследования выявили, что более четверти девушек-подростков и молодых женщин не употребляют никакой формы контрацепции, несмотря на то, что хотели бы избежать проблемы материнства в ранней юности. Ныне в Кении отмечается все еще весьма неудовлетворенный спрос на контрацептивные препараты. Среди молодых женщин возраста от 15 до 19 лет неудовлетворенность составляет 74 %, среди возрастной категории 20–24 года – 39 % [Sedgh, Ashford, Hussain, 2016]. У женщин девиантного поведения использование контрацепции остается особенно низкой. Они редко обращаются в клиники, объясняя свое нежелание контактировать с врачами следующими аргументами: долгое время в очередях, высокая стоимость медицинской помощи, неудобные часы работы медучреждений, принудительное ВИЧ-тестирование, недоброжелательное/предвзятое отношение к ним медицинских сотрудников [Harrington et al., 2016].

Для противостояния низкой осведомленности женщин, занимающихся проституцией, о местных анти-ВИЧ программах и службах контрацепции, по мнению специалистов, необходима интеграция гинекологических служб посредством пропагандирования существующих анти-ВИЧ программ среди членов общин, в особенности при реализации программ планирования семьи, а также предоставление доступа к безопасным абортam, что значительно могло бы способствовать оздоровлению общества.

По оценкам ВОЗ, небезопасные/нелегальные плодoизгнания в АЮС являются причиной 10 % всех материнских смертей, поэтому ВОЗ настоятельно рекомендует, чтобы служба безопасных/легальных абортов была бы доступна всем желающим прервать беременность [World Health Organization, 2017]. В частности, в Кении они разрешены, только если жизнь женщины подвергается опасности из-за беременности, и службы абортов зачастую недоступны [Wilson et al., 2020].

Исследователи приходят к выводу о том, что и для мужчин необходимы образовательные программы, например в СМИ. Информационно-образовательные программы для мужской аудитории могли бы также способствовать популяризации контрацептивных медикаментов [Harrington et al., 2016].

Регулирования репродуктивного поведения, вероятно, можно добиться, лишь объединив все возможные средства, способы и методики, что было реализовано в некоторых африканских странах (в Эфиопии, Руанде) [Зинькина, Коротаев, 2017]. Это – скоординированная работа центров планирования семьи, медиков, социодемографов, политиков, служителей культа различных конфессий, волонтеров и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кенийский опыт решения вопросов репродуктивного поведения представляет научно-практический интерес, поскольку те отдельные затруднения, с которыми ныне сталкивается Кения, ожидают и многие иные страны. Осмысление кенийского прецедента и попытки урегулирования вышеупомянутых проблем, вероятно, могли бы способствовать выходу из сложных ситуаций других африканских народов. Здесь, однако, неверно было бы упускать из вида, что уже два десятилетия тому назад страна была объявлена США, по формулировке министерства обороны, своим стратегическим союзником, получающим дополнительные военные и финансовые преимущества, в соответствии с американскими национальными интересами (как, например, и Бангладеш³ также по многим причинам, но, в основном, вследствие выгодного ге-

³ Исследователи регулярно приводят пример Бангладеш как позитивный образец реализации политики планирования семьи бедной страной, не упоминая о том, что она еще два десятка лет тому назад была объявлена стратегическим союзником США.

ографического и геополитического положения). Национальный совет безопасности называет стратегическими союзниками государства, в чем развитии чрезвычайно заинтересованы США, которые на протяжении многих десятилетий были главным донором всех международных межправительственных организаций, оказывающих содействие развивающимся странам в разработке и реализации, в том числе и демографической политики. Но их помощь обусловлена преимущественно требованием разнообразных уступок и преференций во всех областях развития и интенсификации своего влияния.

Пример Кении свидетельствует о том, что за последние полвека наблюдалась значительная демографическая дифференциация стран Африканского континента [Иванов, 2020, с. 62]. Если во многих из них с наибольшей численностью населения, несмотря на постепенное снижение рождаемости, бушует демографический взрыв, то в подавляющем большинстве государств североафриканского региона и ряде стран АЮС произошла перестройка репродуктивного поведения⁴. Она стала результатом взаимодействия как социально-экономических, так и политических факторов: политической воли правительств, финансовой помощи международных доноров и организаций, поступательной экономической динамики, повышения уровня образованности населения, активной работы центров планирования семьи, медиков, волонтеров, неправительственных организаций, религиозных деятелей различных конфессий. Все это свидетельствует о том, что совокупность подходов и методов играет решающую роль, из них основными специалистами называют три взаимосвязанных компонента: развитие образования, дальнейшее снижение детской смертности, поскольку высокая детская смертность детерминирует высокую рождаемость, и максимально расширенное внедрение программ планирования семьи [Иванов, 2020, с. 55]. По медианным прогнозам демографов, к концу века численность населения Африки может стабилизироваться, предварительно увеличившись вдвое по сравнению с нынешним 1,3 млрд человек. Опыт решения кенийским правительством и министерством здравоохранения проблем сдерживания роста населения чрезвычайно показателен и свидетельствует о важности детальной разработки и реализации активной демографической политики планирования семьи, которая объективно благоприятствует и социальным трансформациям, и экономическому развитию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

Всеобщий охват услугами здравоохранения. *Всемирная организация здравоохранения*. 2021 [Universal health coverage. *World Health Organization*. 2021 (in Russian)]. [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (accessed: 03.11.2021).

Зинькина Ю.В., Коротаев А.В. Социально-демографическое развитие стран Тропической Африки. Ключевые факторы риска, модифицируемые управляющие параметры, рекомендации. М.: URSS, 2017 [Zinkina Y.V., Korotaev A.V. Socio-Demographic Development of the Countries of Tropical Africa. Key Risk Factors, Modifiable Control Parameters, Recommendations. Moscow: URSS, 2017 (in Russian)].

Иванов С.Ф. Детерминанты демографического перехода на глобальном Юге. *Демографическое обозрение*. 2017. Т. 4. № 2. С. 6–51 [Ivanov S.F. Determinants of the Demographic Transition in the Global South. *Demographic Review*. 2017. Vol. 4. No. 2. Pp. 6–51 (in Russian)].

⁴В Ботсване, ЮАР, Кабо-Верде, а также в ряде североафриканских государств в среднем два ребенка приходится на женщину детородного возраста, т.е. родители воспроизводят сами себя, а прирост населения стремится к нулю.

Иванов С.Ф. Детерминанты и последствия демографических тенденций в Африке к югу от Сахары. *Ученые записки Института Африки РАН*. 2020. № 4 (53). С. 55–76 [Ivanov S.F. Determinants and Consequences of Population Trends in Sub-Saharan Africa. *Journal of the Institute for African Studies*. 2020. No. 4 (53). Pp. 55–76 (in Russian)].

Матвеева Н.Ф. Медицинская помощь и медицинское обслуживание населения в Кении. *Традиционная и современная медицина в Африке*. М.: ИАФР РАН, 2017. С. 144–156 [Matveeva N.F. Medical Aid and Medical Services in Kenya. *Traditional and Contemporary Medicine in Africa*. Moscow: IAF RAS, 2017. Pp. 144–156 (in Russian)].

Ходунов А.С. Демографическая динамика в современном Иране (1979–2013). *Восток (Oriens)*. 2014. № 5. С. 119–124 [Khodunov A.S. Demographic Dynamics in Modern Iran (1979–2013). *Vostok (Oriens)*. 2014. No. 5. Pp. 119–124 (in Russian)].

Ali M., Farron M., Ramashandran Dilip T., Folz R. Assessment of family planning service availability and readiness in 10 African countries. *Global Health: Science and Practice*. 2018. Vol. 6. No. 3. Pp. 473–483.

Alikal M. The attitudes and activities of pastors and faith leaders in Zimbabwe on the use of family planning methods among there members. *Christian Journal of Global Health*. 2017. Vol. 4. No. 2. Pp. 66–74.

Appleford G., Mbuthia B. Country Perspectives on Kenya's Family Planning Program. *Kenya Brief* 4. Nairobi, 2020. https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2020/08/Family-planning-brief_31-July-2020.pdf (accessed: 03.09.2021).

Aylward L., Friedman N. *Faith and International Family Planning*. Washington: World Faiths Development Dialogue, 2014.

Carbone N.B., Njala J., Jackson D.J., Eliya M.T., Chilangwa Ch., Tseka J., Zulu T., Chinkonde J.R., Sherman J., Zimba Ch., Mofolo I.A., Herce M.E. “I would love if there was a young woman to encourage us, to ease our anxiety which we would have if we were alone”: Adapting the Mothers & Mothers Mentor Mother Model for adolescent mothers living with HIV in Malawi. *Plos ONE*. 2019. Vol. 14. No. 6. Pp. 1–17.

Generation 2030 Africa 2.0. *UNICEF*. November 2017. <https://data.unicef.org/resources/generation-2030-africa-2-0/> (accessed: 29.04.2022).

Haberlen S.A., Narasimhan M., Beres L.K., Kennedy C.E. Integration of Family Planning Services into HIV Care and Treatment Services: A Systematic Review: Integration of Family Planning into HIV Treatment Services. *Studies of Family Planning*. 2017. Vol. 48. No. 2. Pp. 153–177.

Harrington E.K., Dworkin Sh., Withers M., Onono M., Kwen Z., Newmann S.J. Gendered power dynamics and women's negotiation of family planning in a high HIV prevalence setting: A qualitative study of couples in western Kenya. *Culture, Health & Sexuality*. 2016. Vol. 18. No. 14. Pp. 453–469.

Heisel D.F. Family planning in Kenya in the 1960s and 1970s. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. W.C. Robinson, J.A. Ross (eds.). Washington: The World Bank, 2007. Pp. 393–417.

Jewkes R., Flood M., Lang J. From work with men and boys to changes of social norm and reduction of inequities in gender relations: A conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *Lancet*. 2015. Vol. 385 (9977). Pp. 1580–1589.

Kenya 2020. Country Factsheets. *UNAIDS*. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/kenya> (accessed: 03.11.2021).

Kenya: *Demographic and Health Survey 2014*. Nairobi: Kenya National Bureau of Statistics. 2015. <https://www.nutritionhealth.or.ke/wp-content/uploads/Downloads/Kenya%20Demographic%20and%20Health%20Survey%20KDHS%20Report%202014.pdf> (accessed: 03.09.2021).

Kenya Urban Reproductive Health Initiative (Tupange). *Report of the 2010 Baseline Household Survey*. Nairobi: Ministry of Public Health and Sanitation, 2011.

Liambila W., Chace Dwyer S., Warren Ch.E., Jain A., Lutomia M., Loech J., Washika E. *Implementation process brief: Integrated family planning and HIV services at the community level in Kenya*. Washington: Population Council, 2020.

Mutisya R., Wambua J., Nyachae P., Kamau M., Karnad S.R., Kabue M. Strengthening integration of family planning with HIV/AIDS and other services: experience from three Kenyan cities. *Reproductive Health*. 2019. Vol. 16 (Suppl. 1). Pp. 1–8.

Rogers Z. “*You are your own driver*”: *Factors Influencing the Decision to Initiate PrEP Among Adolescent Girls and Young Women within Routine Maternal Child Health and Family Planning Clinics in Western Kenya*. PhD dissertation thesis. Washington: University of Washington, 2020.

Ruark A., Kishoyian J., Bormet M., Huber D. Increasing Family Planning Access in Kenya Through Engagement of Faith-Based Health Facilities, Religious Leaders, and Community Health Volunteers. *Global Health: Science and Practice*. 2019. Vol. 7. No. 3. Pp. 478–490.

Sedgh G., Ashford I.S., Hussain R. Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women’s Reasons for Not Using a Method. June 2016. *Guttmacher Institute*. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries-report.pdf (accessed: 20.01.2023).

Wilson A., Musyoki H., Avery L., Cheuk E., Gichangi P., Bhattacharjee P., Musimbe J., Leung S., Blanchard J., Moses S., Mishra Sh., Becker M. Sexual and reproductive health among adolescent girls and young women in Mombasa, Kenya. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020. Vol. 28. No. 1. Pp. 303–312.

World Health Organization. *Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV*. Geneva: WHO, 2017.

World Economic Outlook database NA: April 2022. Nominal GDP. *International monetary Fund*. www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2022/April/weo-report (accessed: 11.05.2022).

World Bank Data. www.data.worldbank.org/indicattor/NY.GDP.MKTP.CD (accessed: 29.12.2021).

World Population Prospects. Population Division. *United Nations*. 2022. <https://population.un.org/wpp/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT AUTHOR

РЫБАЛКИНА Инна Геннадьевна – кандидат исторических наук, старший научный сотрудник Центра социологических и политологических исследований Института Африки РАН, Москва, Россия.

Inna G. RYBALKINA, PhD (History), Senior Researcher, Centre for Sociological and Political Sciences Studies, Institute for African Studies, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia.