

СИЛА ВЫБОРА

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД



Народонаселение мира в 2018 году

Настоящий доклад подготовлен к изданию под эгидой Отдела коммуникации и стратегических партнерских отношений ЮНФПА

СТАРШИЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТНИК

Питер Макдональд

ВЕДУЩИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ И АВТОРЫ ГЛАВ

Джон Бонгаартс
Сюзана Каванаги
Гэвин Джонс
Гретхен Люкзингер
Питер Макдональд
Чейх Мбаке
Томаш Сobotка

ТЕХНИЧЕСКИЕ СОВЕТНИКИ ЮНФПА

Аланна Армитидж
Михаэль Херрманн
Эдуард Михалас
Сандиль Симелане

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Редактор: Ричард Коллодж

Помощники редактора: Кэти Мэдониа, Кэтлин Руис

Советник по информационному взаимодействию: Тереза Бьюркл

Ответственные за оцифрованное издание: Кэти Мэдониа, Кэтлин Руис

Советник по оцифрованному изданию: Ханно Ранк

Публикация, а также дизайн и выпуск интерактивной веб-версии:

«Прографикс, Инк.»

© ЮНФПА 2018

Авторы фотографий на лицевой стороне обложки

(по часовой стрелке):

© Mark Tuschman
© Chris Stowers/Panos Pictures
© UNFPA/Egor Dubrovsky
© Joshua Cogan/PAHO

Автор фотографии на задней стороне обложки:

© UNFPA/Roger Anis

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Джеффри Эдмидес консультировал авторов по вопросам репродуктивных прав.

Документальные очерки были написаны Санне де Уайльд (Боливия), Бруной Тиуссу (Бразилия), Резой Сайяхом (Иран), Алисой Ольденбург (Кения), Натали Превоств (Нигер), Эриком Халкьером (Швеция), Мэттью Тэйлором (Таиланд). Авторами видеоматериалов и фотографий к документальным очеркам являются Егор Дубровский (Беларусь), Санне де Уайльд и Пеп Бонет (Боливия), Дебора Клемпус (Бразилия), Роджер Анис (Египет), Реза Сайях (Иран), Алиса Ольденбург (Кения), Олливье Жирар (Нигер) Мелкер Дальстранд (Швеция), а также Мэттью Тэйлор и Варин Сачдев (Таиланд). Редакторы выражают благодарность региональным консультантам ЮНФПА по информационному взаимодействию, координировавшим подготовку документальных очерков: Селин Адотеви, Тамаре Альрифай, Джейкобу Эбену, Йенсу-Хагену Эшенбахеру, Адебайо Файоину, Альваро Серрано и Рою Вадиа. Другие коллеги по ЮНФПА организовывали или курировали подготовку документальных очерков в Беларуси (Катерина Михадюк, Ханна Лейданская), Боливии (Ана Ангарита, Марисоль Мурильо, Луиджи Бургоа, Герберт Камарго, Мария Эухения Вильяльпандо, Франческа Палестра, Гуадалупе Вальдес), Бразилии (Паола Беллу), Египте (Александр Саша Бодироза, Мерхан Гали), Иране (Назанин Ахгар), Кении (Корир Киген, Дуглас Водо), Нигере (Сулейман Садди Маазу), Швеции (Перниль Фенгер, Метте Стрэндлод, Патриция Грюндберг) и Таиланде (Кулвади Кай Сумалноп, Вассана Им-эм). Выражаем также благодарность Хансу Линде и Юлии Шальк из Шведской ассоциации полового просвещения (RFSU) за их поддержку при подготовке документального очерка из Швеции.

Сотрудники сектора ЮНФПА по вопросам народонаселения и развития обобщили региональные данные в разделе настоящего доклада, посвященном показателю. Исходные данные для раздела доклада, содержащего статистические показатели, были предоставлены сектором ЮНФПА по вопросам народонаселения и развития, Отделом народонаселения Департамента Организации Объединенных Наций по экономическим и социальным вопросам, Статистическим институтом Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, ЮНИСЕФ и Всемирной организацией здравоохранения.

КАРТЫ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

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

UNFPA

Обеспечение прав и возможности выбора для всех

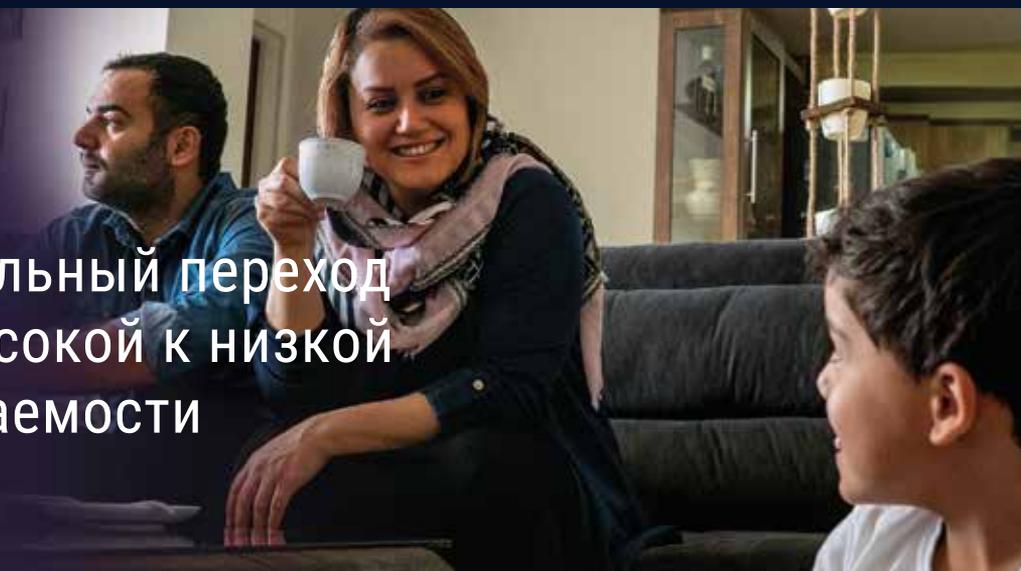
СИЛА ВЫБОРА

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА
И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД

1

Глобальный переход от высокой к низкой рождаемости

стр. 12



2

Историческое наследие многодетных семей

стр. 28



3

Отход от преобладающей тенденции к снижению рождаемости

стр. 50



4

К цели ведет
много дорог

стр. 68



5

Создание условий
для исполнения
родительских обязанностей

стр. 92



6

Каждый человек
имеет право
выбора

стр. 120





Предисловие

ВЫБОР МОЖЕТ ИЗМЕНИТЬ МИР

Возможность выбора может стремительно повысить уровень благосостояния женщин и девочек, преобразовать семьи и общества, а также ускорить всемирное развитие.

То, в какой степени супружеские пары и отдельные люди обладают возможностью сделать реальный выбор в отношении того, стоит ли заводить детей, когда это делать и сколько детей иметь, также оказывает непосредственное воздействие на уровни рождаемости. Там, где люди имеют возможность принимать такие решения самостоятельно, они, как правило, выбирают меньшие по размеру семьи. В случае, если возможности выбора ограничены, они склонны иметь либо большие, либо очень маленькие семьи, а иногда жить вообще без детей.

Ни одна страна не может пока еще заявить о том, что репродуктивные права стали реальностью для всех. Возможности выбора ограничены у слишком многих женщин. А это означает, что по-прежнему существуют миллионы людей, которые имеют детей больше (или меньше), чем им хотелось бы, что сказывается не только на отдельных людях, но и на общинах, общественных институтах, экономике, рынках труда и целых странах.

Для кого-то стремление к реализации репродуктивных прав подрывается системами здравоохранения, которые оказываются неспособными предоставить основные услуги, такие как противозачаточные средства. Для других экономические барьеры, в том числе непрофессиональные, низкооплачиваемые рабочие места и отсутствие услуг по уходу за детьми, делают практически невозможным создание или расширение своей семьи. В основе этих и других препятствий лежит глубоко укоренившееся гендерное неравенство, которое лишает женщин возможности принимать основополагающие решения о своей жизни.

В Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года правительства обязались предоставить людям возможность сделать осознанный выбор в отношении своего сексуального и репродуктивного здоровья как фундаментального права человека. Теперь, почти 25 лет спустя, это по-прежнему требует, чтобы люди располагали доступом к тем средствам, которые позволяют им самостоятельно и со всей ответственностью принимать решения относительно числа и сроков рождения своих детей и промежутков между их появлением на свет.

Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года усиливает эти принципы, провозглашая охрану репродуктивного здоровья и прав в качестве конкретной задачи.

По сути реализация репродуктивных прав является неотъемлемой частью достижения всех Целей устойчивого развития.

ВОТ В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ СИЛА ВЫБОРА

Дальнейшее движение вперед возможно только при полной реализации репродуктивных прав каждого человека и каждой супружеской пары независимо от того, где и как они живут и сколько они зарабатывают. Это предполагает ликвидацию всех барьеров, будь то экономических, социальных или институциональных, которые препятствуют свободному и осознанному выбору.

В конечном итоге наш успех не будет сводиться лишь к воплощению наших представлений об идеальной рождаемости в жизнь. Реальной мерой прогресса являются сами люди, особенно благополучие женщин и девочек, реализация их прав, достижение полного равенства и возможность жить той жизнью, которую выберешь сам.

Д-р Наталия Канем

Директор-исполнитель
Фонд Организации Объединенных Наций
в области народонаселения (ЮНФПА)



КРАТКИЙ
ОБЗОР

Глобальный переход от высокой к низкой рождаемости

© Layland Masuda/Getty Images

Не так давно у большинства людей были большие семьи — в среднем пять детей. Если раньше мы имели дело с единым глобальным уровнем рождаемости, то теперь таких показателей много, а различия между странами шире, чем когда-либо в истории человечества.

Размер семьи, будь то многодетной или малодетной, неразрывно переплетается с репродуктивными правами, которые связаны со многими другими правами человека, такими как право на здоровье и образование, достаточный доход, а также свободу выбора и отсутствие дискриминации.

Там, где все права реализуются, люди, как правило, процветают. А в тех случаях, когда доступ к этим правам еще не обеспечен, люди не могут реализовать свой потенциал, и показатели рождаемости, как правило, выше или ниже того уровня, к которому действительно стремится большинство людей.

Уровень рождаемости имеет большое значение

Уровень рождаемости имеет большое значение для отдельных людей, поскольку отражает то, в какой мере люди располагают возможностью и средствами сделать собственный выбор в отношении числа и времени беременностей, а также интервалов между рождением детей. Уровень рождаемости имеет большое значение для общества, поскольку может замедлить или ускорить прогресс в построении более процветающего, справедливого и устойчиво развивающегося общества и обеспечении благополучия для всех.

Глобальный переход к более низкой рождаемости среди определенной части населения начался до наступления современной эпохи общенационального планирования и предоставления услуг здравоохранения. В европейских странах конца XIX века и в англоговорящих странах на других континентах в условиях быстро меняющейся экономики открылись новые возможности профессиональной занятости и трудоустройства, ставшие стимулом для супружеских пар отказаться от рождения большого числа детей, с тем чтобы воспользоваться этими возможностями. По мере того, как все больше девочек поступали в школу, рос общий уровень грамотности. Новости и информация распространялись все шире и способствовали повышению осведомленности людей о том, что контроль количества детей у себя в семье находится в сфере осознанного выбора.

Люди, особенно женщины, начали понимать, что если в семье будет меньше детей, это может привести к улучшению их положения во многих сферах жизни.

С тех пор, в случае если людям предоставляется возможность получать информацию и пользоваться средствами контроля рождаемости,

ее уровень, как правило, снижается. Во второй половине XX века важную роль в обеспечении доступа к противозачаточным средствам сыграли правительства некоторых стран мира. Некоторые из них вкладывали средства в развитие человеческого капитала молодежи, создание новых рабочих мест и расширение других возможностей, чтобы создать такое сочетание экономических и социальных обстоятельств, которое привело бы к уменьшению размера семьи. Ряд правительств, преисполненных решимости замедлить темпы роста численности населения, прибегали к принуждению или вели агрессивные пропагандистские кампании, чтобы разубедить супружеские пары и отдельных людей рожать детей или даже воспретить им обзаводиться большим количеством детей.

В 1994 году правительства 179 стран одобрили Программу действий Международной конференции по народонаселению и развитию. Они обязались предоставить людям возможность сделать осознанный выбор в отношении своего сексуального и репродуктивного здоровья как фундаментального права человека, лежащего в основе процветающего, справедливого и устойчиво развивающегося общества. Они сошлись во мнении о том, что прогресс зависит от достижения гендерного равенства, ликвидации насилия в отношении женщин и обеспечения того, чтобы женщины могли сами контролировать свою репродуктивную функцию. Прежде всего правительства согласились с тем, что вопросы демографии, экономического и социального развития и репродуктивные права неразрывно связаны между собой и взаимно дополняют друг друга.

Правительства также согласились с тем, что репродуктивные права могут быть реализованы только в случае наличия у всех супружеских пар и отдельных людей необходимой информации и средств, позволяющих им с чувством ответственности принять решение относительно количества детей, интервалов между их рождением и времени их рождения. Решения о том, стоит ли женщине беременеть, а также когда и как часто, должны приниматься в условиях свободы от любой формы дискриминации, принуждения или насилия.

Аналогичное обязательство отражено в недавно принятой Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Охрана репродуктивного здоровья и защита репродуктивных прав являются конкретными задачами в рамках одной из 17 Целей устойчивого развития и неотъемлемым элементом достижения всех других целей.



© Giacomo Pirozzi

Уровень рождаемости колеблется — причем в широких пределах

Со времени проведения Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года во многих частях мира уверенными темпами росли показатели, связанные с охраной репродуктивного здоровья и защитой репродуктивных прав. Люди стали располагать более подробной информацией о своих репродуктивных правах и возможностях выбора, а также научились более активно отстаивать свои права.

Значительные расхождения в уровне рождаемости, сохраняющиеся как между странами, так и внутри них, указывают на то, что хотя в целом удалось продвинуться достаточно далеко вперед, предстоит еще многое сделать в направлении всеобщего осуществления репродуктивных прав.

В настоящее время, исходя из показателей рождаемости, большинство стран и территорий делятся на четыре основные группы. Каждая группа стран испытывает обеспокоенность в связи с демографическими тенденциями, которые приобретают общенациональное политическое значение. В каждой группе стран живут люди, которые сталкиваются с тем, что их права в той или иной степени не принимаются во внимание, а это ограничивает их право и возможность свободно и ответственно решать вопрос о том, сколько иметь детей.

В первой группе стран рождаемость ближе всего к уровню, который в прежние времена был характерен для всего мира, а именно: высокому.

В большинстве стран Африки к югу от Сахары и в пяти-шести других странах, в недавнее время охваченных конфликтами или кризисами, показатели рождаемости превышают 4 деторождения в расчете на одну женщину. Высокая рождаемость может указывать на ряд недостатков в области соблюдения прав человека. Как правило, эти страны менее обеспечены, а доступность медицинского обслуживания и образования в этих странах ограничена. Глубоко укоренившаяся практика гендерной дискриминации заглушает у женщин стремление к обретению самостоятельности. Такие обычаи, как вступление в брак в раннем возрасте, приводящие к ранней беременности и деторождению, широко распространены в отдельных странах.

Высокая рождаемость, как правило, затрудняет принятие в этих странах мер по повышению качества и развитию предоставляемых услуг, дающих людям возможность вырваться из тисков нищеты. Когда непрерывно увеличивающееся поколение молодых людей начинает выходить на рынок труда, они все чаще сталкиваются с тем, что экономика не способна создать рабочие места для всех.

Во второй группе стран рождаемость значительно снизилась, затем стабилизировалась, а в некоторых случаях даже начала снова расти. К причинам можно отнести перебои в реализации программ планирования семьи, а также последствия конфликтов и экономических кризисов.

В третьей группе стран наблюдался устойчивый спад рождаемости, начавшийся в одних случаях в 1960-х годах, а в других совсем недавно — в 1980-х годах, при этом спад продолжается и по сей день.

Большинство из них относится к группе стран со средним уровнем дохода, хотя некоторые из них считаются менее обеспеченными, а совсем небольшое число — более зажиточными.

Во многих странах третьей группы действуют эффективные национальные программы планирования семьи, а также прилагаются настойчивые усилия, направленные на реализацию репродуктивных прав даже в случае явной нехватки ресурсов. Различия в уровнях рождаемости могут тем не менее быть значительными, в том числе между сельскими и городскими районами, а также между более зажиточными и менее обеспеченными людьми. В Латинской Америке, где расположен ряд этих стран, отмечаются высокие показатели беременности в подростковом возрасте. Хотя на данный момент большинство этих стран не подвержены влиянию демографических изменений, их население быстро стареет, что в будущем приведет к ситуации, когда доля работоспособного населения сократится, а расходы, связанные с выплатой пенсий и охраной здоровья, останутся на высоком уровне.

В четвертой группе стран рождаемость уже в течение длительного времени находится на низком уровне; к этой группе в основном относятся более

развитые государства Азии, Европы и Северной Америки. Эти страны, как правило, отличаются более высоким уровнем образования и дохода и продвинулись дальше других в реализации прав женщин. Базовые репродуктивные и другие права человека в этих странах в большинстве случаев соблюдаются. Однако недостатки в предоставлении недорогих и высококачественных услуг по уходу за детьми не дают возможности найти баланс между работой и семейной жизнью, и в результате люди рожают меньше детей, чем хотят. В условиях старения населения и сокращения численности работоспособных людей эти страны в ближайшей перспективе столкнутся с потенциальным замедлением экономического роста.

Какие препятствия стоят на пути?

Во всех четырех группах стран барьеры, препятствующие людям реализовать свои права и сделать собственный выбор относительно планирования семьи, имеют ряд общих черт, даже если они принимают разные формы с разным уровнем воздействия. В целом институциональные, экономические и социальные факторы могут расширить права и возможности супружеских пар и отдельных людей в реализации их собственных репродуктивных целей и желаний или помешать им сделать это. В тех случаях, когда супружеские пары и отдельные люди обладают полным спектром прав и возможностей, рождаемость, как правило, находится где-то на уровне, близком к 2 деторождениям в расчете на одну женщину, который считается достаточным для поддержания стабильной численности населения в отсутствие миграции.

К институциональным барьерам, мешающим принимать свободные и ответственные решения в отношении размера семьи, относятся недостатки в области здравоохранения, которые ограничивают выбор в использовании противозачаточных средств, а также ограниченный доступ к вспомогательным репродуктивным технологиям среди тех женщин, которые миновали пик своего репродуктивного возраста или не способны зачать по иным причинам. В ряде случаев некачественное медицинское обслуживание становится причиной сохранения высокой детской смертности, которая способствует стремлению заводить больше детей, чтобы компенсировать потери во время родов или в результате болезней и неполноценного питания.

Правовые барьеры, препятствующие доступу к противозачаточным средствам, по-прежнему сохраняются в ряде стран, например в форме воспрещения использовать контрацептивы вне брака или до достижения установленного законом возраста. И даже в тех случаях, когда

© Miho Aikawa/Getty Images



законодательство разрешает незамужним женщинам или подросткам получить доступ к противозачаточным средствам, предвзятость поставщиков услуг может не дать им сделать это.

В рамках системы образования всестороннее половое просвещение носит ограниченный характер и в большинстве стран мира отличается низким качеством, что лишает молодых людей возможности обрести те знания и навыки, которые позволят им сделать осознанный выбор.

К экономическим барьерам относятся препятствия, которые делают услуги по охране репродуктивного здоровья недоступными по цене или заставляют женщину трудиться на низкооплачиваемой работе столько времени, что она не может найти способ создать семью.

Многие труднопреодолимые барьеры на пути реализации репродуктивных прав являются порождением гендерной дискриминации, и именно поэтому в Программе действий Международной

конференции по народонаселению и развитию обеспечению гендерного равенства придается столь большое значение. Подчиненное положение многих женщин по-прежнему означает, что они не знают о своих правах или не осознают их в полной мере, или не умеют отстаивать их. Это может также означать, что они лишены права самостоятельно сказать «да» или «нет», когда речь идет об их будущей беременности. Институционализированное гендерное неравенство, которое может проявляться в низком качестве услуг здравоохранения, может привести к тому, что женщины будут заводить больше или меньше детей, чем им действительно хотелось бы.

Гендерно мотивированное насилие, широко распространенное в каждом обществе, еще больше подрывает самостоятельность женщин и может приводить к принудительной беременности. Более того, повсюду в мире женщины выполняют больше неоплачиваемой работы по уходу за членами семьи, чем мужчины. Это может означать зависимость от кормильцев мужского пола, упущенные возможности устроиться на оплачиваемую работу, а также приводить к переутомлению, негативно сказывающемуся на физическом и психическом здоровье.

Сплочение рядов в защиту права выбора

Нигде в современном мире не достигнут уровень, при котором все люди обладают достаточными правами и возможностями, чтобы в полной мере реализовать собственные цели в отношении количества детей и осуществить свои репродуктивные права. В одних странах барьеры, препятствующие этому, выше, чем в других, и преодолеть их в одних ситуациях труднее, чем при иных обстоятельствах. Но, несмотря на это, универсальный характер репродуктивных прав, международная приверженность делу их соблюдения и взаимосвязи между рождаемостью и развитием означают, что сохраняющиеся барьеры должны быть устранены, особенно если нам предстоит достичь целей, провозглашенных в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Государственные политические установки, услуги и бюджеты необходимо согласовать таким образом, чтобы каждый человек и каждая супружеская пара могли реализовать свои репродуктивные права, включая право планировать размер своей семьи.

Пути продвижения вперед будут различаться от страны к стране, но у всех стран есть общее направление действий, начиная с развития системы здравоохранения, функционирующей в режиме обеспечения реализации репродуктивных прав и предоставляющей высококачественные и общедоступные услуги по охране репродуктивного



© 2012 Meagan Harrison, courtesy of Photoshare



© 2016 UNFPA/Arvind Jodha, courtesy of Photoshare

здоровья. Необходимо обеспечить, чтобы учреждения здравоохранения предоставляли возможность сделать осознанный выбор при использовании противозачаточных средств и всесторонне просвещали женщин и мужчин в отношении тех вариантов, которые им предлагаются, а также объясняли последствия планирования размера семьи для здоровья и других элементов общего благополучия. Поставщикам услуг следует стремиться к расширению прав своих клиентов, которые должны располагать возможностью принимать собственные решения, а также относиться к их выбору с уважением, в том числе к решениям подростков, людей, не состоящих в браке, инвалидов и других людей, стигматизируемых и подвергаемых дискриминации в силу сложившихся социальных норм.

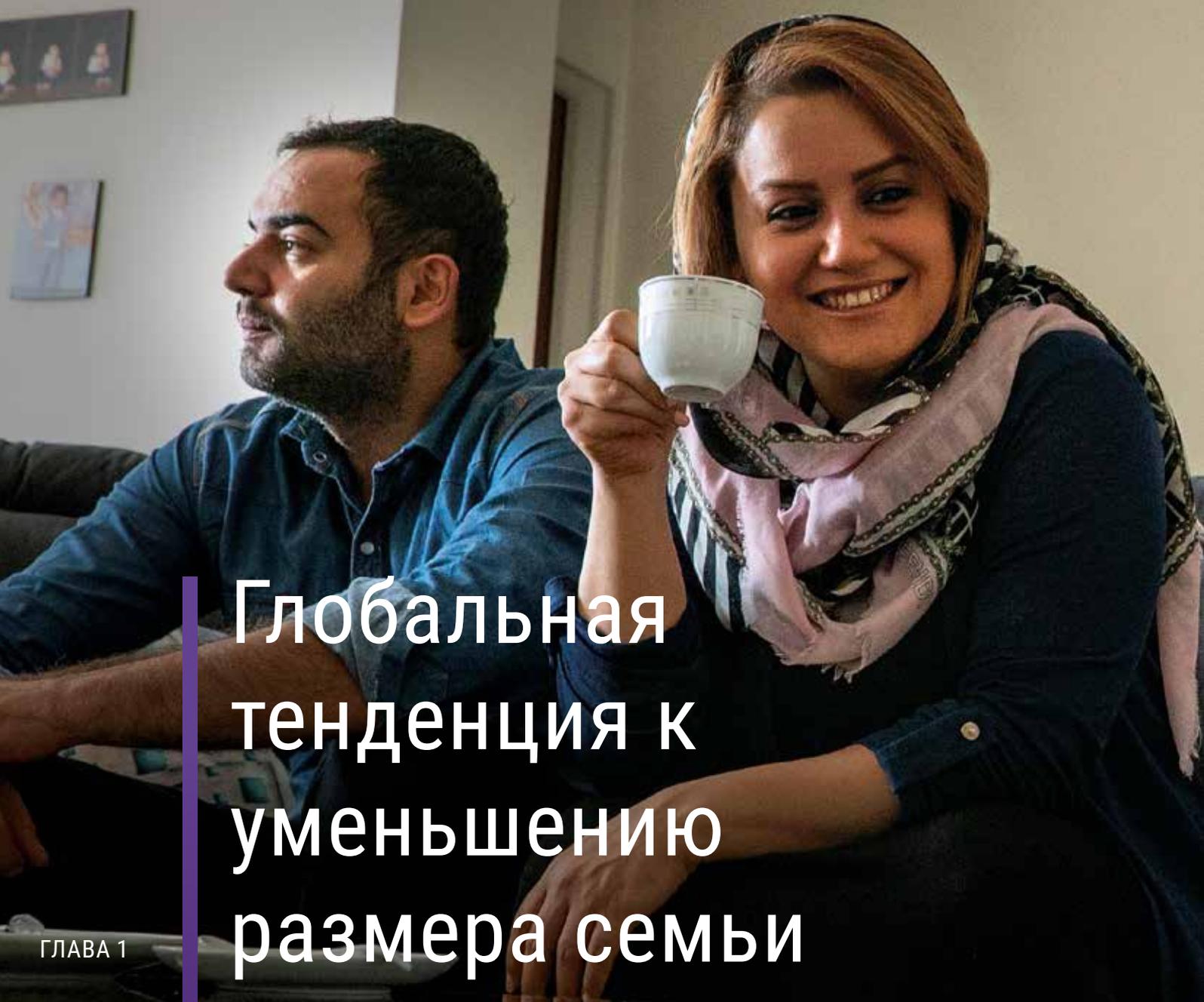
В странах с различным уровнем рождаемости имеются группы населения, репродуктивные права которых нарушаются особенно часто. Это могут быть малоимущие люди и сельские жители. Или молодежь. Или члены общины, не владеющие государственным языком, который используется в учреждениях здравоохранения. Во многих случаях в таких группах отмечается самый высокий уровень неудовлетворенной потребности в противозачаточных средствах, а также нежеланной беременности. Реализацию их прав в качестве неотложной первоочередной задачи следует сделать отправной точкой в процессе всеобщего осуществления прав человека.

И, наконец, поскольку рождаемость влияет на самые разные социальные, экономические и институциональные факторы и, с другой стороны, подвержена их влиянию, в большинстве стран необходимо помогать людям в том, чтобы они

заводили столько детей, сколько им хотелось бы, с помощью политических установок, призванных расширить возможности устроиться на достойную работу, воспользоваться отпуском по уходу за ребенком, иметь доступное по цене жилье и возможность пользоваться доступными качественными услугами по уходу за детьми, а также обеспечить гендерное равенство наряду с решением других первоочередных задач.

В наши дни снижение рождаемости обусловлено беспрецедентными возможностями, знаниями и стимулами, относящимися к реализации репродуктивной функции человека. Люди открыто заявляют о своем праве принимать собственные решения о количестве и времени беременностей, что приводит к кардинальным демографическим изменениям и возникновению новых проблем, требующих своего решения. Правительства и другие институциональные структуры, однако, пока еще не прилагают достаточно усилий к тому, чтобы оказать поддержку и создать информационную основу или благоприятные условия для принятия таких решений или планирования их экономических и институциональных последствий.

Большинство из них могло бы сделать куда больше, задавшись базовым вопросом, который следует поставить в самый центр разработки государственной политики: имеют ли право мужчины и женщины, независимо от их места жительства, уровня дохода, возраста и принадлежности к той или иной группе населения, обзавестись тем количеством детей, которое они хотят? А если ответ на этот вопрос отрицательный, то из этого следует, что их репродуктивные права нарушаются, а обязательства в отношении всеобщего охвата остаются невыполненными.



Глобальная тенденция к уменьшению размера семьи

ГЛАВА 1

За последние 150 лет и особенно начиная с 1960-х годов во всех странах наблюдается снижение рождаемости. По сравнению с прошлым, когда во всех странах мира уровень рождаемости составлял не менее пяти деторождений в расчете на одну женщину, в наши дни в большинстве стран с населением не менее 1 миллиона человек коэффициент рождаемости не превышает 2,5 деторождения в расчете на одну женщину.



© UNFPA/Reza Sayah

Глобальный переход от высокого уровня рождаемости к низкому начался в Европе в 1800-х годах, а затем распространился по всему миру. К началу 1930-х годов рождаемость во многих странах снизилась практически до уровня простого воспроизводства населения. Рождаемость на уровне простого воспроизводства населения (когда коэффициент суммарной рождаемости равен 2,1) означает, что среднее количество деторождений в расчете на одну женщину репродуктивного возраста обеспечивает поддержание численности населения на неизменном уровне.

В некоторых странах мира переход к более низкому уровню рождаемости произошел внезапно. Например в Австралии, у замужних женщин, родившихся в 1851–1856 годах, было в среднем по восемь деторождений. Женщины, родившиеся десятилетием позднее — в 1861–1866 годах, в среднем рожали четыре раза.

Что вызвало столь внезапное и значительное снижение уровня рождаемости после тысячелетий высокой рождаемости?

В Европе такому переходу способствовали многие факторы, такие как изменение режима работы, рост благосостояния, улучшение здоровья и питания, повышение выживаемости

новорожденных и детей и более широкий доступ к образованию, особенно среди женщин. Всего за пару десятилетий средний размер семьи сократился. Это произошло в период, когда современные методы контрацепции еще были недоступны большинству населения, и задолго до того, как термин «репродуктивные права» стал использоваться политиками и правозащитниками повсеместно.

В наши дни понятие «репродуктивные права», особенно право женщины решать, заводить ли детей, и если да, то когда и как часто, является само собой разумеющимся для сотен миллионов людей, обладающих возможностями и средствами отсрочить или предотвратить беременность. И все же еще совсем недавно в политике и исследованиях по вопросам демографических изменений, репродуктивной функции человека и здоровья женщин правозащитная терминология не использовалась. Резкое изменение в подходе стран к этим вопросам началось после Второй мировой войны и было официально закреплено 50 лет тому назад на Международной конференции Организации Объединенных Наций по правам человека в Тегеране. На этой

конференции делегаты провозгласили, что «родители обладают неотъемлемым правом свободно и с чувством ответственности определять число детей и сроки их рождения».

Право на планирование семьи было прямо или косвенно признано не менее чем в 20 других международных конвенциях или соглашениях, начиная со Всемирного плана действий в области народонаселения 1974 года и Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 1979 года.

Глобальный консенсус в отношении репродуктивных прав человека был достигнут в 1994 году на Международной конференции по народонаселению и развитию, на которой правительства 179 стран пришли к согласию в том, что вопросы народонаселения и развития неразрывно связаны между собой и что расширение прав и возможностей женщин и удовлетворение потребностей людей в области образования и здравоохранения, в том числе в сфере охраны репродуктивного здоровья, необходимы как для самореализации личности, так и для сбалансированного развития общества (UNFPA, 2012). Содействие достижению





© Yoshiyoshi Hirokawa/Getty Images

гендерного равенства, а также искоренение всех форм насилия в отношении женщин и обеспечение того, чтобы женщины были способны самостоятельно регулировать деторождение, являются краеугольным камнем политики стран в области народонаселения и развития.

Концепция репродуктивных прав зачастую воспринимается как возможность напрямую контролировать наступление беременности и деторождение с помощью контрацепции или других средств (Starrs et al., 2018). Но это определение не может вместить весь спектр факторов, которые способны препятствовать принятию индивидуального решения заводить одного ребенка, много детей или не обзаводиться детьми.

Более широкое определение репродуктивных прав включает в себя социальные, экономические и институциональные обстоятельства и условия, благоприятствующие расширению прав и возможностей

супружеских пар и отдельных людей в отношении реализации их репродуктивных целей и желаний. Примерами служат системы и структуры, которые дают женщинам возможность заниматься оплачиваемой трудовой деятельностью или сохранять работу по найму, если они принимают решение завести детей, а также обеспечение соблюдения законов, запрещающих вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте.

То, в какой мере отдельные люди способны реализовать свои репродуктивные права, оказывает влияние на рождаемость как на индивидуальном уровне, так и на уровне общества в целом. Это было столь же верно столетия тому назад: хотя репродуктивные права согласно приведенному выше определению еще не получили своего названия, люди тем не менее стремились реализовать их и вели борьбу за то, чтобы принимать собственные решения о времени зачатий и интервалах между беременностями, а также о размере семьи.



© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

В рамках осознанного выбора

Объяснения того, почему переход к низкой рождаемости произошел в Европе, а затем и в других странах, варьируются от классической теории демографического перехода до теорий экономической предопределенности. Согласно теории демографического перехода рождаемость падает вследствие изменений в общественной жизни, которые сопровождаются и порождаются процессами индустриализации и урбанизации. Теории экономической предопределенности отчасти относят понижение рождаемости на счет связанных с детьми затрат, которые сопоставляются со стоимостью приобретения товаров (Mason, 1997).

Вне зависимости от того или иного объяснения причин, переход от высокой к низкой рождаемости представляет собой радикальное изменение в поведении супружеских пар, которое с течением времени влечет за собой важные последствия как для самих семейных пар, так и для общества, в котором они живут. Когда такое изменение становится устойчивым и широко распространенным, а не просто краткосрочной реакцией на изменения в экономической или социальной сфере, оно отражает фундаментальный сдвиг в социальных нормах.

По словам демографа Энсли Коула, рождаемость может сокращаться устойчивым образом только тогда, когда соблюдены три

условия (Coale, 1973). Во-первых, люди должны воспринимать свою репродуктивную функцию как одну из составляющих своей жизни, которую они могут контролировать или на которую они могут влиять, предпринимая собственные действия. Хотя в наши дни это может показаться несколько прямолинейным, в рамках концепции «осознанного выбора» понятие рождаемости отразило революционный сдвиг в том, как отдельные люди и супружеские пары воспринимают самих себя, свои семьи и варианты своего жизненного пути. Во-вторых, люди должны осознать, что наличие меньшего числа детей дает им определенные преимущества, тем самым побуждая их принимать меры по «контролю рождаемости» или заводить меньшее количество детей. И в-третьих, надежные методы предотвращения зачатия и знания о том, как их применять, должны быть доступными.

Несмотря на то, что тенденция к снижению рождаемости может стать устойчивой только при наличии определенного сочетания этих трех условий, основой основ является осознание того, что существует возможность заводить столько детей, сколько захочешь, и наличие ясной мотивации поступать именно так. Без этого доступность методов предотвращения беременности в лучшем случае может оказать лишь ограниченное воздействие на рождаемость. Но когда эти две предпосылки соблюдены, контрацепция может дать отдельным людям

и супружеским парам четкий алгоритм действий в соответствии с их мотивацией и способна сыграть центральную роль в оказании помощи супружеским парам и отдельным людям в реализации их права свободно и с чувством ответственности решать, заводить ли детей, и если да, то когда и как часто. На сегодняшний день, согласно оценкам, предотвратить беременность желают 885 миллионов женщин, живущих в развивающихся регионах. Примерно три четверти из них используют тот или иной современный метод контрацепции, а у примерно одной четверти (214 миллионов) потребность в противозачаточных средствах по-прежнему не удовлетворена (Guttmacher Institute, 2017).

Начало перехода к низкой рождаемости: было бы желание, а возможность найдется

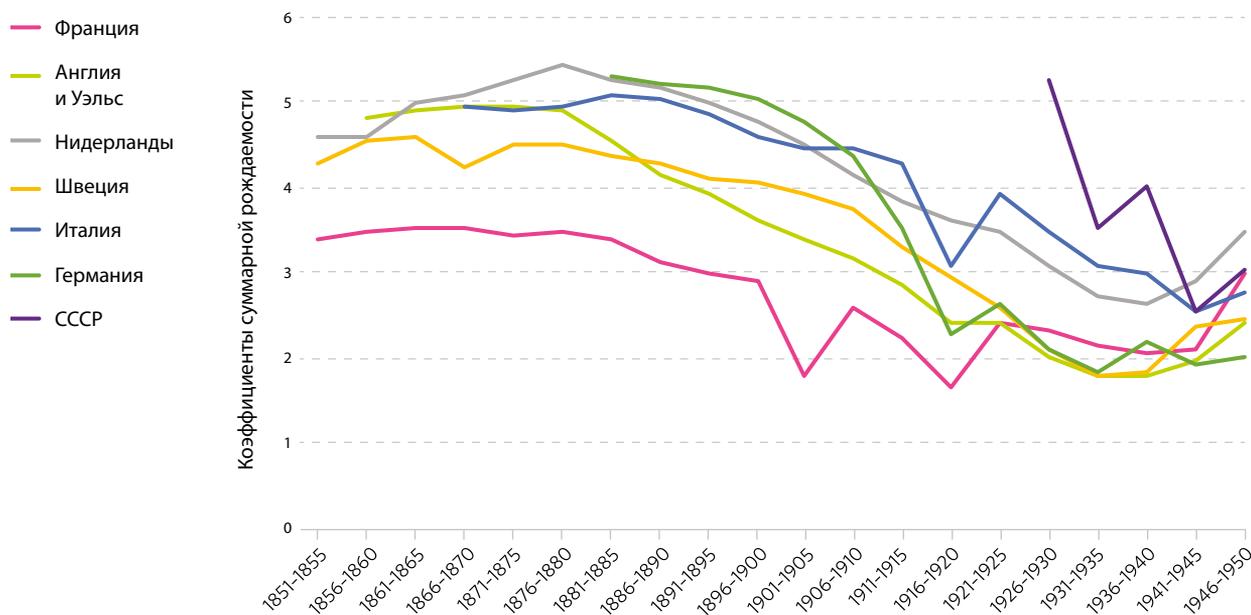
Согласно широко распространенному мнению, глобальный переход от высоких уровней рождаемости к низким начался во второй половине XIX века сперва во Франции, а затем в англоговорящих и североевропейских странах (диаграмма 1). Супружеские пары, ставшие участниками этого самого раннего перехода к более низкой рождаемости,

должны были иметь сильную мотивацию к тому, чтобы заводить меньше детей, поскольку в этом они преуспели вопреки мощным институциональным факторам, благоприятствовавшим продолжению рода. В результате предупреждение беременности в этот период можно охарактеризовать фразой «было бы желание, а возможность найдется». Супружеские пары практиковали самые разнообразные методы. В тех странах, где во второй половине XIX века рождаемость уменьшилась, многие семейные пары для предотвращения рождения детей или отсрочки их появления на свет прибегали к отказу от половой жизни или воздержанию, даже несмотря на то, что презервативы и цервикальные колпачки из вулканизированной резины можно было приобрести в магазинах.

Новые формы контрацепции расширили возможности супругов по контролю размеров семьи, но по цене они, по всей видимости, были недоступны для среднего человека (Coale, 1973). По этой причине некоторые люди полагались на недорогие самодельные средства, такие как тампоны и вагинальные суппозитории, пропитанные хинином. С точки зрения социальной ситуации увеличение возраста

ДИАГРАММА 1

Коэффициенты суммарной рождаемости, 1851–1950 годы



Источник: Chesnais (1992)

вступления в первый брак в целом привело к более позднему началу периода деторождения, особенно в сочетании с сильным социальным неодобрением добрачной половой жизни, равно как и периодического воздержания после родов. Также имеются свидетельства того, что некоторые забеременевшие женщины прибегали к аборту (McDonald and Moyle, 2018).

В Англии и позднее в Австралии начала XX века один из важных побудительных мотивов того, чтобы заводить меньше детей, предопределялся тем, что экономические чаяния молодых людей нарастали быстрее, чем могли быть реализованы, и в этих условиях многие люди не могли позволить себе заводить большие семьи (Seccombe, 1993; Moyle, 2015; McDonald and Moyle, 2018).

Еще одним движущим мотивом для многих женщин было желание освободиться от тяжелого груза непрерывной череды беременностей и рисков, которые сопровождали каждую из них. В то время как риск материнской смертности, возможно, отбивал у женщин желание завести много детей, относительно короткая продолжительность жизни мужчин также способствовала уменьшению размера семьи, поскольку вдовы с большим количеством детей сталкивались с экономическими трудностями и вряд ли могли рассчитывать на еще одно замужество (Moyle, 2015).

Снижение младенческой и детской смертности, вероятно, стало еще одним мотивом уменьшения размеров семьи, хотя эта взаимосвязь не нашла убедительного документального подтверждения в научной литературе (Van de Walle, 1986; Guinnane, 2011).

Переход к низкой рождаемости в Европе совпал по времени с расширением сферы охвата бесплатным обязательным образованием во второй половине XIX века. Это расширение повлекло за собой увеличение числа девочек, поступающих в школу, и преобладание женщин-учителей как примеров, достойных подражания (Caldwell, 1980; McDonald and Moyle, 2018). Даже в наши дни считается, что более высокий уровень образования, полученного девочками, приводит к снижению показателя рождаемости.

Предоставление образования девочкам способствовало повышению статуса женщин в обществе и в домохозяйствах. Оно также дало девочкам и женщинам большую самостоятельность и возможность влиять на принятие решений, в том числе

право распоряжаться бюджетом своего домохозяйства. А поскольку женщины стали контролировать расходы, они осознали, что рождение еще одного ребенка влечет за собой дополнительные расходы. Осведомленность в отношении этих расходов, возможно, внесла свой вклад в формирование желания иметь меньше детей (McDonald and Moyle, 2018).

Доступ всех слоев общества к образованию открыл людям идеи и знания, включая знания о репродуктивной функции человека, что позволило им принимать собственные решения, а не полагаться исключительно на религиозные и другие социальные нормы, определявшие их поведение.

В то же время экономический уклад изменился таким образом, что открыл возможности самореализации и породил стремление к прогрессу, а также проложил путь к увеличению численности среднего класса. Появились новые профессии для конторских служащих. Желание воспользоваться этими новыми возможностями побудило многих людей к уменьшению размеров своей семьи, поскольку большое число детей снижало вероятность того, что к новой экономической ситуации удастся приспособиться, а затем извлечь из нее выгоду (Banks, 1954; Seccombe, 1993; Moyle, 2015).

Тем временем родители начали понимать, что существуют альтернативные варианты будущего для их детей, поскольку образование обещало открыть перед ними возможности, обусловленные изменениями в экономике, а использование детского труда пошло на спад. Родители осознали преимущества обеспечения лучшей жизни для нескольких детей вместо распыления своих средств в попытке наладить жизнь большого количества детей (Becker and Lewis, 1973; Caldwell, 1976).

Общество в европейских странах становилось все более светским, что привело к уменьшению влияния религиозных учреждений на решение об использовании противозачаточных средств и деторождении и открыло больше возможностей для индивидуального выбора в определении размера семьи (Lesthaeghe and Wilson, 1986). Аналогичный сдвиг произошел и в Австралии.

Представляется, что урбанизация тоже сыграла свою роль, освободив людей и дав им возможность принимать собственные решения о времени зачатий и интервалах

между беременностями: в целом в крупных городах рождаемость начала снижаться раньше, и этот процесс протекал быстрее, чем в небольших городах или сельских районах (Moyle, 2015). Когда люди покидали небольшие общины, переселяясь в городские районы, они также часто оставляли позади социальное давление со стороны родственников, желавших, чтобы их семьи были большими. Однако существуют некоторые свидетельства того, что в странах Западной и Северной Европы отсутствие расширенной семьи не оказывало большого влияния на рождаемость или вообще не сказывалось на ее уровне, поскольку нуклеарные семьи были широко распространены еще до перехода к низкой рождаемости (Hajnal, 1965).

Критически важной предпосылкой уменьшения размера семьи стало распространение знаний (Coale, 1973). В 1800-х годах новые формы общения, а также расширение сферы охвата существующими формами обмена информацией привели к стремительному распространению различных идей во всех слоях общества и пробудили интерес к тому, чтобы иметь меньше детей (Lesthaeghe, 1977; Knodel and Van De Walle, 1986; Cleland and Wilson, 1987).

Повышение уровня грамотности в этот период привело к увеличению числа читателей газет, журналов и брошюр. Влияние средств массовой информации на рождаемость было задокументировано в Австралии (Moyle, 2015). Брошюры, описывающие методы контрацепции, нашли широкое распространение в Австралии, Англии и Соединенных Штатах Америки. Некоторые издатели этих брошюр подвергались судебному преследованию, но газетные отчеты о ходе этих разбирательств фактически способствовали распространению знаний о контрацепции среди еще более широкого круга людей (McDonald and Moyle, 2018).

Неформальное общение также сыграло важную роль. В Австралии, например, информация о средствах контрацепции часто распространялась от женщины к женщине или на групповых женских собраниях. В 1890-х годах лекции о методах контрацепции, предназначенные только для женщин, читались перед массовой аудиторией в больших лекционных залах Мельбурна (McDonald and Moyle, 2018).



© Giacomo Pirozzi

Переход к низкой рождаемости в Азии

Переход к низкой рождаемости в Азии начался в 1950-х годах. В отличие от аналогичного перехода в Европе в 1800-х годах, которое произошло вопреки желаниям правительств и учреждений, переходу в Азии способствовали действия правительств, призванные ограничить размер семьи.

Некоторые правительства поощряли планирование семьи, будучи убежденными в том, что, если у супружеских пар будет меньше детей, это откроет перед страной возможности экономического роста (McDonald, 2018). Приводимая аргументация заключалась в том, что меньшее количество деторождений со временем приведет к увеличению доли работоспособного населения и уменьшению доли населения моложе 18 лет (Coale and Hoover, 1958). Согласно этому доводу дети рассматривались как нетто-потребители капитала страны, а люди трудоспособного возраста — как нетто-производители. В отсутствие большого числа детей-иждивенцев страны могли бы направлять больше ресурсов на капитальные вложения, а эти инвестиции стимулировали бы повышение уровня продуктивной занятости трудоспособного населения. Повышение производительной занятости способствовало бы облегчению экономического бремени, лежащего на домохозяйствах, что позволило бы им тратить больше средств на образование каждого ребенка. Такая увязка перехода к низкой рождаемости и экономического роста впоследствии получила известность как «демографический дивиденд» (Lee and Mason, 2006).

Переход к низкой рождаемости в Азии способствовал возникновению «экономического чуда» в этом регионе в 1980-х и 1990-х годах (Bloom and Williamson, 1998). Но это чудо также зависело от социальной и экономической политики стран и наличия политических институтов, которые позволили им реализовать потенциал экономического роста, создаваемый переходом к низкой рождаемости (диаграмма 2).

К примеру, быстрое снижение рождаемости в Республике Корея и Сингапуре произошло одновременно с направлением значительных инвестиций в образование для девочек и принятием мер, направленных на расширение участия женщин в трудовой деятельности. Высокие темпы урбанизации в этих странах также способствовали снижению рождаемости.

В ходе кампаний, проводимых в рамках программ по планированию семьи, которые инициировались правительствами, на первый план выдвигались расходы, которые приходится нести многодетным семьям, а также

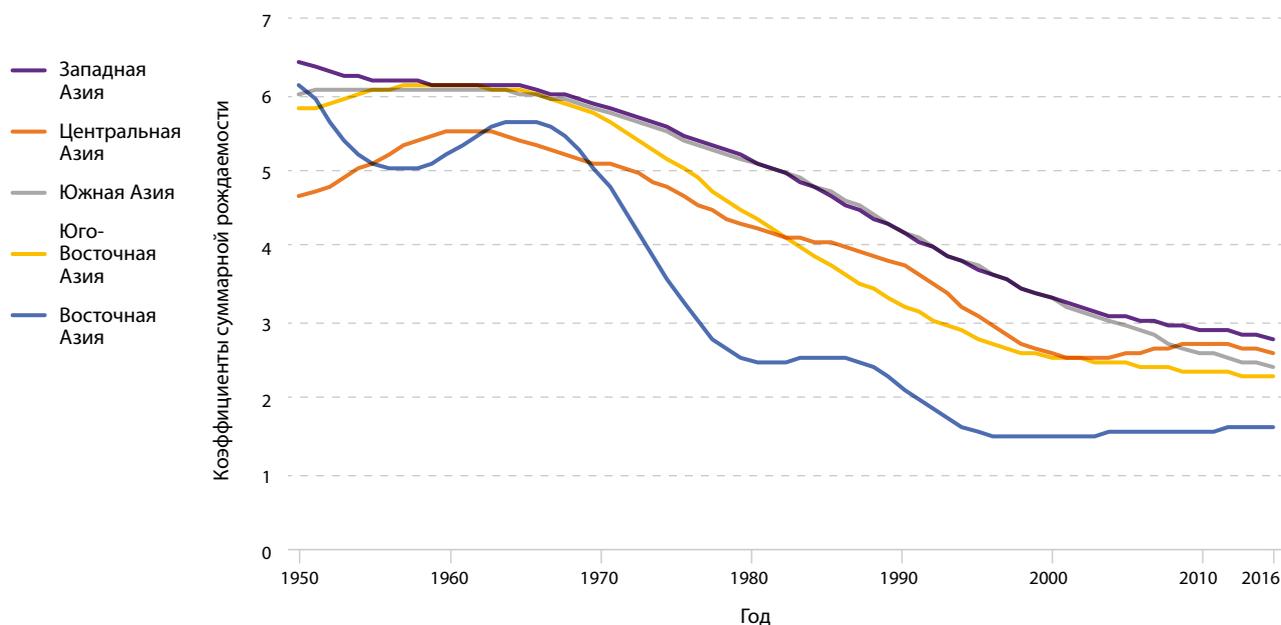
преимущества с точки зрения здоровья как матерей, так и младенцев в малодетных семьях. Эти кампании были направлены в первую очередь на женщин.

Та скорость, с которой люди восприняли идею планирования семьи, и стремительное снижение рождаемости, которое последовало вслед за этим, свидетельствовали о наличии сильного латентного спроса или мотивации к уменьшению размера семьи. К мотивам, побуждающим людей заводить меньше детей, относится озабоченность в связи с расходами, необходимыми для обеспечения многодетной семьи, и заинтересованность в укреплении здоровья матери и ребенка.

Этот латентный спрос проявился в таких странах, как Мьянма, где рождаемость снизилась даже без правительственных инициатив в области планирования семьи. В этой стране люди, стремившиеся ограничить размер своей семьи, полагались на противозачаточные средства, поступавшие из соседних Таиланда и Бангладеш.

ДИАГРАММА 2

Коэффициенты суммарной рождаемости в регионах Азии, 1950–2016 годы



Источник: United Nations (2017).

В 1970-х и 1980-х годах в Бангладеш и Индонезии по мере того, как все больше женщин получали доступ к современным методам контрацепции в результате финансируемых правительством информационных кампаний и услуг в области планирования семьи, рождаемость снижалась даже в малоимущих сельских районах. В этих районах планирование семьи, возможно, способствовало расширению прав и возможностей женщин и повышению их самостоятельности. Например, некоторым женщинам при посещении местных служб по планированию семьи было разрешено покидать свои дома без сопровождения родственников мужского пола (Simmons, 1996).

В некоторых странах в 1970-х и 1980-х годах были реализованы программы активного планирования семьи, в рамках которых были предусмотрены премии и штрафы за достижение или недостижение целевых показателей по числу пользователей противозачаточных средств либо осуществлялась принудительная стерилизация женщин и мужчин из наименее обеспеченных домохозяйств. Главная цель заключалась в замедлении стремительного роста численности населения и ограничении числа детей, а отнюдь не в соблюдении репродуктивных прав (Hull, 1991; Harkavy and Roy, 2007; Abbasi-Shavazi et al., 2009; Hayes, 2018). Другие страны, такие как Иран, приняли более взвешенный подход, приступив к реализации программ, призванных защитить право каждого человека самостоятельно принимать решение о том, заводить ли детей, и если да, то когда и как часто, и в то же время снизить темпы роста общей численности населения. В ходе информационных, образовательных и пропагандистских кампаний часто популяризировалась идея семьи с двумя детьми. Это была та небольшая, здоровая и процветающая семья, к которой супружеским парам рекомендовалось стремиться.

В ряде других стран региона на супружеские пары оказывалось давление, с тем чтобы число детей в одной семье не превышало двух, даже несмотря на то, что эти страны выступили в поддержку Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 1979 года. Статья 16 этой конвенции призывает государства защищать право женщин «свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождениями».

Переход к низкой рождаемости в Латинской Америке

Серьезное снижение рождаемости в Латинской Америке началось в 1960 году, хотя, возможно, в Аргентине и Уругвае оно началось даже раньше. В то время как в Бразилии, Венесуэле, Доминиканской Республике, Колумбии, Коста-Рике и Чили быстрое снижение стало заметным начиная с 1960-х годов, в других странах это снижение поначалу шло медленнее, а затем значительно ускорилось.

В отличие от Азии большинство правительств стран Латинской Америки в 1960-е годы были во многом равнодушны к росту численности населения, хотя к концу 1960-х годов большинство стран региона приступили к реализации национальных программ планирования семьи. Тем не менее очевидно, что к тому моменту, когда противозачаточные средства стали широкодоступными, предпочтения в отношении количества детей в семье уже изменились. Контрацепция в Латинской Америке, таким образом, стала лишь вспомогательной, а не основной движущей силой снижения рождаемости (Mundigo, 1992).

Данные обследований, проведенных в 1960-х и 1970-х годах, показали, что женщины неизменно сообщали о том, что, по их мнению, идеальный размер семьи предполагает на одно-два деторождения меньше, чем текущий коэффициент рождаемости (CELADE and CFSC, 1972; United Nations, 1987). В результате после того, как противозачаточные средства стали доступными, латиноамериканские женщины и супружеские пары с энтузиазмом восприняли идею контрацепции, что привело к очень быстрому снижению рождаемости во всех странах региона.

Движущие мотивы к снижению рождаемости во многом аналогичны тем, которые отмечались в Европе и Азии. Стремительное сокращение младенческой и материнской смертности в регионе еще до снижения рождаемости ослабило стимулы к тому, чтобы заводить много детей, а родители обрели больше уверенности в том, что они увидят, как их дети вступают во взрослую жизнь. Быстрые изменения в экономике стали мотивирующим и укрепляющим фактором продолжающихся перемен в социальных установках в отношении деторождения, а особо важную роль сыграли такие процессы, как стремительная электрификация и урбанизация (Potter et al., 2002) Появление в

регионе обрабатывающей промышленности и экономики, основанной на принципах потребления, стимулировало получение формального образования и открыло перед женщинами возможности участия в оплачиваемой трудовой деятельности, а также ускорило процесс урбанизации — в своей совокупности эти факторы привели к формированию ситуации, когда супружеские пары захотели иметь меньше детей.

В целом уровень рождаемости во всех странах региона чутко реагировал на экономические перемены. К примеру, рождаемость заметно снизилась в период экономического кризиса 1980-х годов (Guzman, 1998). В то же время латиноамериканские женщины увидели значительные изменения к лучшему в их социальном статусе, что позволило им усилить свое влияние на все аспекты своей жизни, в том числе в плане реализации репродуктивной функции, а это способствовало повышению спроса на средства планирования семьи.

Общемировой коэффициент рождаемости в наши дни

В настоящее время во всех странах, кроме одной, уровни рождаемости ниже, чем они были 50 лет тому назад. Этой страной является Демократическая Республика Конго. В мировом масштабе рождаемость на данный

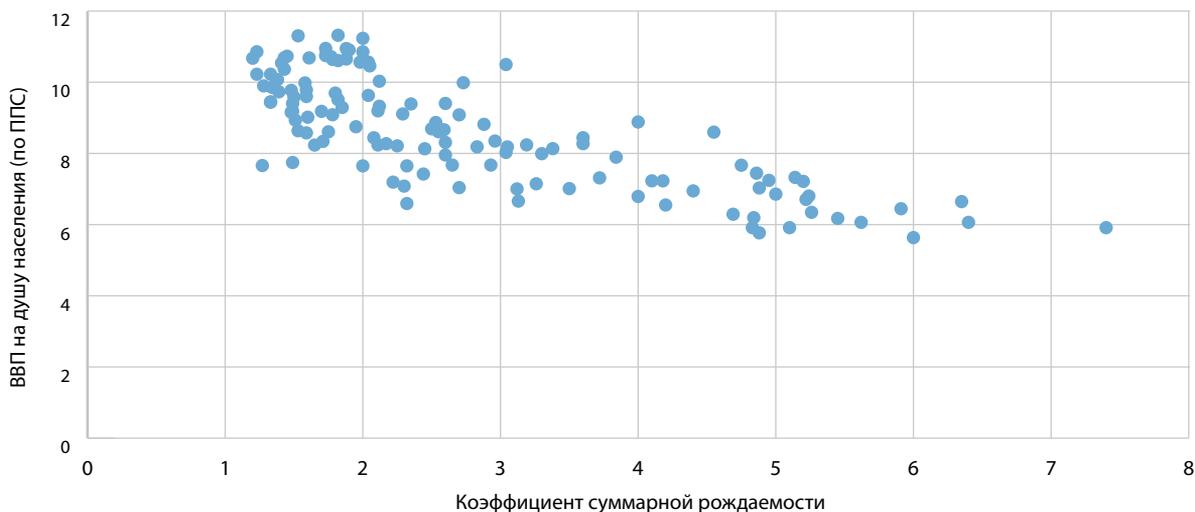
момент примерно на 50 процентов ниже, чем в середине 1960-х годов. Согласно прогнозам, показатели рождаемости во всем мире продолжают снижаться до 2050 года, когда, как ожидается, ни в одной стране мира рождаемость не будет превышать пяти деторождений в расчете на одну женщину (United Nations, 2017). Внутри стран и регионов показатели рождаемости по-прежнему варьируются в зависимости от переменных факторов, таких как уровень дохода, место жительства (сельские или городские районы) и возрастная группа (диаграмма 3).

До начала перехода к низкой рождаемости в 1800-х годах, уровни рождаемости почти повсеместно были высокими, соответствуя очень высоким уровням детской смертности, преобладавшим на протяжении всей истории человечества. В то время как в странах Западной и Северной Европы, а позднее и в англоговорящих колониях рождаемость стремительно снижалась, динамика ее сокращения в других регионах мира по целому ряду причин различалась, в том числе из-за темпов социальных и экономических перемен, а также сроков снижения младенческой смертности и повышения доступности противозачаточных средств.

На сегодняшний день в 43 странах с населением не менее 1 миллиона человек рождаемость составляет не менее 4 деторождений в расчете на одну женщину, в 30 странах коэффициент

ДИАГРАММА 3

Взаимозависимость между ВВП на душу населения и коэффициентом суммарной рождаемости, 2017 год





© Giacomo Pirozzi

рождаемости сокращается, но все еще остается в диапазоне между 2,5 и 3,9 деторождения, в 33 странах рождаемость сравнительно недавно упала примерно до уровня простого воспроизводства населения, а в 53 странах уже на протяжении многих лет рождаемость находится на уровне простого воспроизводства населения или ниже этого уровня.

Никогда в истории человечества не было столь ярко выраженных различий в рождаемости между группами стран (диаграмма 4).

Каждый уровень рождаемости предопределяется собственным набором движущих факторов и сопровождается собственным комплексом проблем, требующих своего решения, которые сказываются на общественном укладе, экономике и институтах, существующих в той или иной стране.

Последствия высокой рождаемости

Высокая рождаемость приводит к высоким темпам роста численности населения и непропорционально большой доле населения в возрасте до 15 лет.

Например в Нигере, стране с наивысшим уровнем рождаемости, численность населения растет на 3,84 процента в год. Примерно каждому второму жителю этой страны не исполнилось 15 лет. При нынешних темпах роста как общая численность населения, так и количество детей в возрасте до 15 лет будут удваиваться каждые 18 лет. Даже если коэффициент рождаемости в будущем уменьшится, текущие и прошлые уровни высокой рождаемости

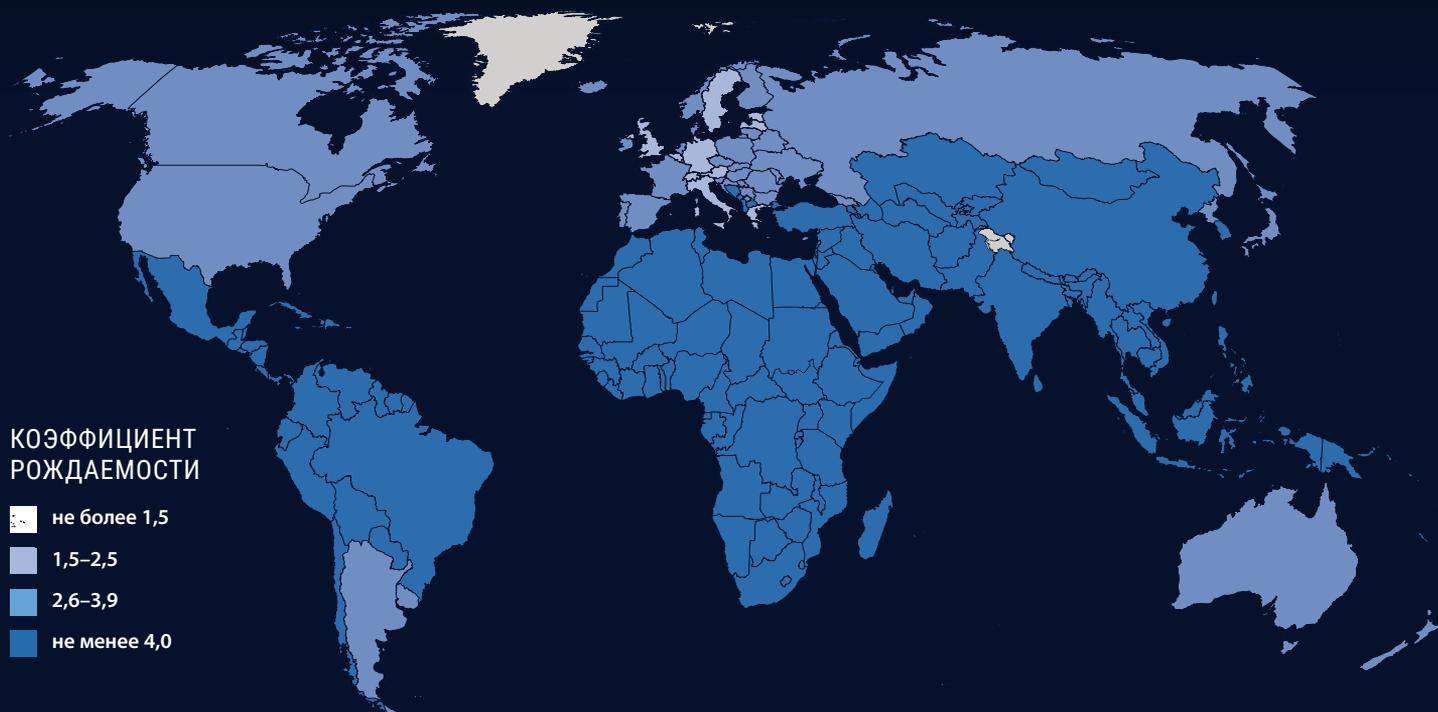
дадут импульс будущему росту численности населения за счет вступления очень большого числа людей в возрасте менее 15 лет в детородный возраст (United Nations, 2015).

Страны с высокой рождаемостью обычно сталкиваются с проблемами, связанными с обеспечением образования для детей, организацией всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием и предоставлением возможностей трудоустройства для молодых рабочих. Нехватка рабочих мест в сельских районах может побудить многих молодых людей к миграции в крупные города, которые уже не могут их трудоустроить. Ожидается, что в странах с рождаемостью от четырех и выше численность городского населения в предстоящие годы будет стремительно возрастать (United Nations, 2015b).

Последствия низкой рождаемости

Среди стран с населением не менее 1 миллиона человек у 22 стран уровень рождаемости не превышает 1,5 деторождения в расчете на одну женщину. Этот показатель ниже уровня, необходимого для поддержания текущей численности населения в отсутствие притока людей извне. В этих странах пожилые люди составляют значительную часть населения, и правительства могут столкнуться с проблемой отсутствия

РОЖДАЕМОСТЬ 1950 ГОД



КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ

- не более 1,5
- 1,5–2,5
- 2,6–3,9
- не менее 4,0

достаточного финансирования для системы социального обеспечения и переориентации услуг, таких как здравоохранение, с учетом меняющейся демографической ситуации. Низкая рождаемость также означает, что в стране имеется меньше детей, которые будут впоследствии выходить на рынок труда, а это вызывает обеспокоенность в отношении будущего экономического роста. Сокращающаяся доля молодых людей в составе рабочей силы в таких странах, как Республика Корея, Сингапур и Япония, означает также, что разработкой и внедрением новых технологий занимается все меньшее число людей. Страны, испытывающие нехватку молодых квалифицированных работников, могут оказаться в сравнительно неблагоприятной экономической ситуации.

Меры реагирования со стороны правительств

Независимо от того, какой уровень рождаемости характерен для страны —

очень высокий или очень низкий, правительства зачастую рассматривают эти тенденции изменения численности населения как нежелательные и принимают меры политического характера, чтобы справиться с такой ситуацией. Большинство стран с рождаемостью не менее четырех деторождений в расчете на одну женщину выразили заинтересованность в снижении темпов роста численности населения, тогда как почти все страны с уровнем рождаемости не более 1,5 изъявляют желание нарастить их (диаграмма 5). Некоторые из этих стран, особенно в Восточной Европе, разрабатывают программы «демографической безопасности», направленные на решение проблемы низкой рождаемости. Страны с коэффициентами рождаемости от 1,5 до 2,5 в целом удовлетворены своими темпами роста численности населения.

РОЖДАЕМОСТЬ 2015 ГОД

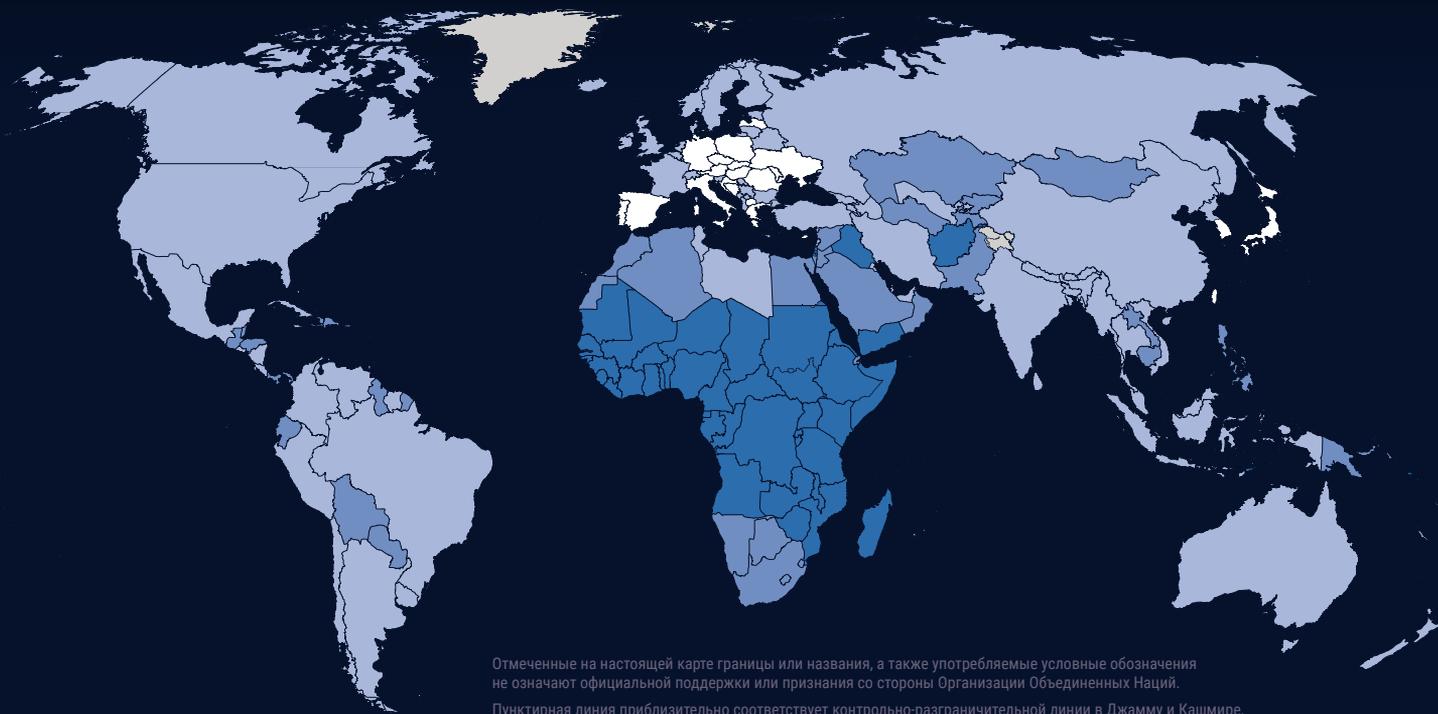


ДИАГРАММА 5

Мнения правительств в отношении темпов роста численности населения в разбивке по коэффициентам рождаемости, 2010–2014 годы



Источники: United Nations (2015a); United Nations (2017)

То, что хотят отдельные люди

Во всем мире многие супружеские пары и отдельные люди заводят столько детей, сколько они хотят. Но у многих людей детей больше (или меньше), чем они того желают.

Несоответствие желаемого и фактического размера семьи обусловлено множеством причин. В некоторых случаях различия объясняются просто тем, что со временем люди могут изменить свое мнение. Идеальное количество детей, о котором женщина заявляет в свои 20 с небольшим лет, может весьма отличаться от того, что она будет желать ближе к своему 40-летию. В других случаях это несоответствие может быть обусловлено бесплодием. А еще может сложиться так, что у людей не будет средств, чтобы достичь собственных целей в сфере реализации своей репродуктивной функции. Например в развивающихся странах с высокой рождаемостью многие женщины заводят больше детей, чем хотят, по причине ограниченного доступа к тому методу контрацепции, который для них предпочтителен, что приводит к непреднамеренным беременностям. Каждый год в развивающихся странах случается 89 миллионов непреднамеренных беременностей. Около 43 процентов этих беременностей — незапланированные.

И напротив, в странах с высоким уровнем дохода и низкой рождаемостью фактическая рождаемость зачастую не позволяет достичь среднестатистического идеального размера семьи по причине трудностей, с которыми сталкиваются

женщины, сочетающие профессиональную карьеру с наличием детей, или отсутствия доступных по цене услуг по уходу за детьми, или более продолжительного по сравнению с мужчинами времени, затрачиваемого на работу по дому. Поскольку люди, живущие в этих странах, нередко вступают в брак в более позднем возрасте, женщины могут испытывать трудности в том, чтобы забеременеть, а вспомогательные репродуктивные технологии, такие как экстракорпоральное оплодотворение, могут оказаться малодоступными или слишком дорогостоящими. Во многих европейских и восточноазиатских странах на протяжении многих лет семьи были меньше по размеру, чем хотелось, а теперь это происходит и в Соединенных Штатах Америки (Harknett and Hartnett, 2014; Gietel-Basten, 2018; Stone, 2018).

Это несоответствие дает основания предположить, что нигде в мире репродуктивные права не реализуются в полном объеме и что по всему миру различные по масштабу экономические, социальные, институциональные и другие барьеры препятствуют созданию семьи предпочтительного размера.

В идеале предпочтения правительств в отношении более высокой или более низкой рождаемости согласуются с индивидуальными предпочтениями в отношении размера семьи. Например в стране, где супружеская пара хочет иметь меньше детей, правительство может проводить политику и предоставлять услуги,



которые помогут таким людям реализовать свои желания. В рамках такой политики может предоставляться расширенный доступ к полному спектру современных методов контрацепции.

В стране, где супружеская пара хочет иметь больше детей, но не делает этого по причинам экономического характера, правительство может принять меры к тому, чтобы уход за детьми стал более доступным по цене или бесплатным.

Правительство может достичь своих целей в области снижения или повышения рождаемости с помощью мер, направленных на усиление прав отдельных людей и расширение их возможностей реализовать собственные цели в отношении размера семьи. Десятилетия научных исследований показали, что, когда женщины в странах с высокой рождаемостью имеют возможность и средства сделать собственный выбор, они выбирают меньшую по размеру семью. Способность принимать основополагающие решения относительно беременности и размера семьи зависит не только от контрацепции. Это также зависит от того, в какой степени обеспечивается гендерное равенство, от экономики и географического местоположения, уровня образования и реализации права на образование, безопасности и свободы выражения мнений.

Аналогичным образом в странах с низкой рождаемостью правительства могут помочь отдельным людям завести больше детей посредством прямых мер, таких как предоставление бесплатных или недорогих услуг по лечению от бесплодия, или путем принятия мер, которые позволили бы супружеским парам или отдельным людям преодолеть экономические препятствия на пути к созданию или расширению своей семьи. В зависимости от страны это может включать предоставление доступного по цене жилья, качественных услуг по уходу за детьми, более высокого пособия по беременности и родам, а также по уходу за ребенком для матери или отца или меры, позволяющие обеспечить баланс между работой и личной жизнью.

Предпринимая действия, направленные на укрепление уважения прав человека, в том числе репродуктивных, на всех этапах жизненного пути, правительства могут решать демографические проблемы и в то же время создавать благоприятные условия для того, чтобы все больше людей обрели способность достичь собственных целей.

Укрепление прав личности, достижение национальных целей

То, в какой мере отдельные люди способны воспользоваться своими репродуктивными правами и реализовать их, оказывает прямое влияние на уровень рождаемости. В странах, где население лишено возможности реализовать свои репродуктивные права, уровень рождаемости, как правило, высокий. В странах, где репродуктивные права соблюдаются, уровень рождаемости, как правило, низкий. А в тех странах, где права человека соблюдаются, но экономические и другие барьеры препятствуют реализации репродуктивных прав в полном объеме, уровень рождаемости может оказаться слишком низким, чтобы обеспечить устойчивое поддержание стабильной численности населения.

На каждом уровне рождаемости у отдельных людей, общин и правительств возникают проблемы, требующие своего решения. Высокая рождаемость может способствовать сохранению крайней нищеты, высоких уровней материнской и детской смертности, наносить урон человеческому капиталу и увеличивать нагрузку на учреждения, предоставляющие услуги в таких сферах, как образование и здравоохранение. Низкая рождаемость влечет за собой старение населения, что начинает вызывать беспокойство в связи с сокращением налоговой базы, являющейся основой взносов на социальное страхование и социальную защиту, а также неясными перспективами экономического роста.

До 1950 года демографы предсказывали, что по мере сокращения детской смертности рождаемость во всех странах будет снижаться вплоть до уровня простого воспроизводства населения (Notestein, 1945). Однако даже по прошествии 68 лет этот всеобщий спад все еще не наступил. Реальность такова, что во многих странах со сравнительно низким уровнем детской смертности по-прежнему сохраняется высокий уровень рождаемости, и во все большем числе стран показатели рождаемости находятся значительно ниже уровня простого воспроизводства населения.

При всех прочих равных условиях тенденции изменения рождаемости, вероятно, будут следовать уже устоявшейся траектории. Чтобы изменить это, потребуются принять меры к укреплению прав человека и устранению любых сохраняющихся препятствий, которые мешают людям воплощать в жизнь собственные желания в отношении количества детей у себя в семье.



ГЛАВА 2

Историческое наследие многодетных семей

В настоящее время из 43 стран мира с рождаемостью не менее четырех деторождений в расчете на одну женщину 38 стран расположены в Африке. За пределами Африки коэффициент рождаемости не менее четырех деторождений отмечается в Афганистане, Ираке, Йемене, Палестине и Тиморе-Лешти, и эти страны уникальны, поскольку в течение последних десятилетий они находятся в состоянии конфликта или кризиса (диаграмма 6).



© Mark Tuschman

Хотя в Африке к югу от Сахары переход к низкой рождаемости продолжается, изменения происходят значительно медленнее, чем в других регионах. За последние 50 лет рождаемость во всех странах региона снизилась незначительно, хотя в ряде стран было отмечено существенное снижение, которое затем приостановилось.

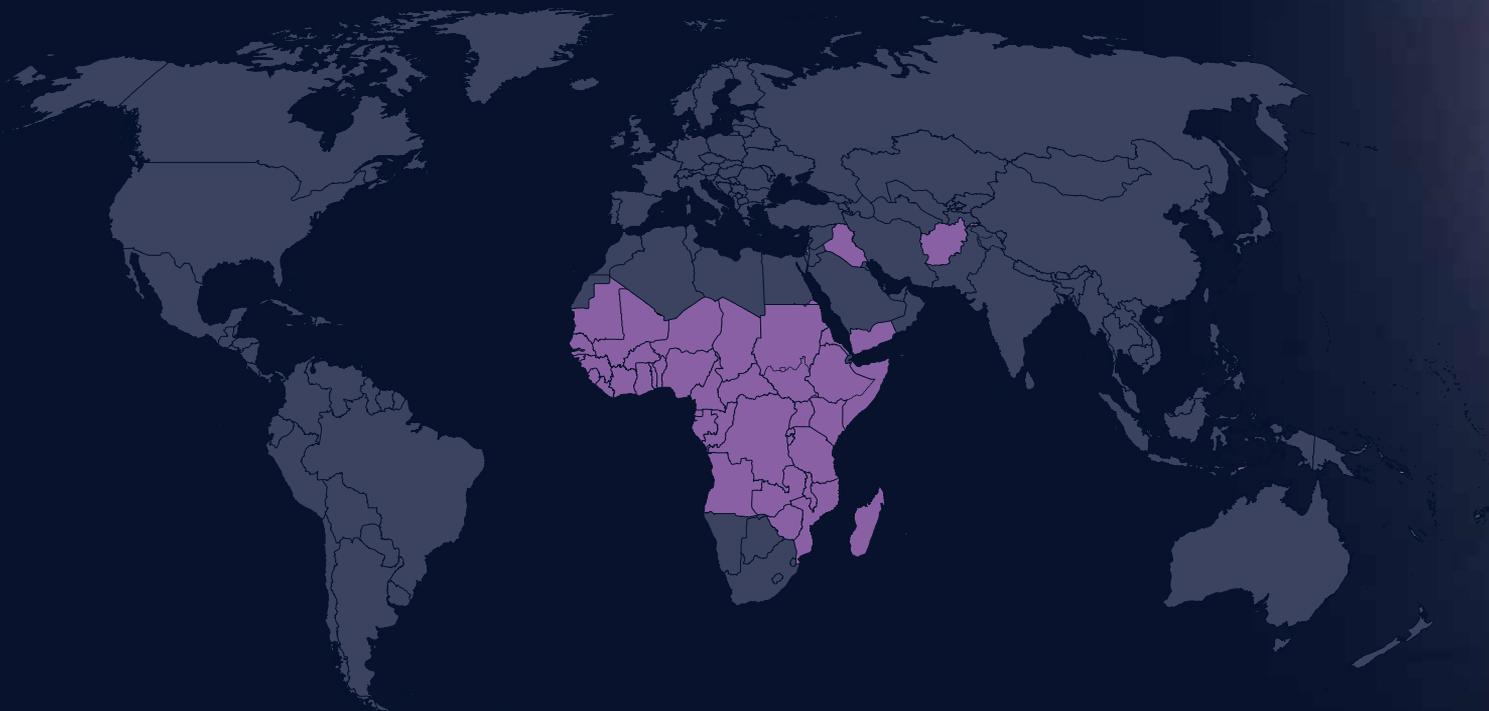
Этот переход идет столь медленно и непредсказуемо, что с 2002 года Организации Объединенных Наций приходилось неоднократно пересматривать свои прогнозы численности населения

в большинстве стран этого региона в сторону повышения (Casterline, 2017).

По причине сохраняющейся высокой рождаемости, в период до 2050 года на долю Африки к югу от Сахары, как ожидается, придется более половины прогнозируемого роста численности населения мира, а именно: 1,3 млрд чел. из общемирового прироста населения в 2,2 млрд чел. Если эти прогнозы верны, доля Африки в населении мира вырастет с 17 процентов в 2017 году до 26 процентов в 2050 году.

СТРАНЫ С КОЭФФИЦИЕНТОМ РОЖДАЕМОСТИ

НЕ МЕНЕЕ 4,0 ДЕТОРОЖДЕНИЯ В РАСЧЕТЕ НА ОДНУ ЖЕНЩИНУ



Неизменно высокие показатели рождаемости означают, что с увеличением численности молодежи в предстоящие годы странам будет сложнее обеспечивать доступ к качественному образованию и здравоохранению, а в экономическом плане — создавать достаточные возможности для обеспечения продуктивной занятости большого числа молодых людей, выходящих на рынок труда.

То, в какой мере отдельные люди и супружеские пары будут способны реализовать свои репродуктивные права, определит, останется ли рождаемость в

регионе высокой или со временем снизится. Соответственно, меры, предпринимаемые правительствами с целью оказания поддержки реализации этих прав, скажутся на социально-экономическом развитии этих стран.

Тенденции и воздействие

В 1950 году в Африке усредненный коэффициент рождаемости составлял не менее 6 деторождений в расчете на одну женщину. В 1960-х годах на Юге Африки и в Северной Африке рождаемость начала снижаться, достигнув к 2015 году соответственно 2,6 и 3,2. Тем временем



© Mads Nissen/Politiken/Panos Pictures

рождаемость в остальной части Африки к югу от Сахары в 1960-х годах начала расти, и это увеличение продолжилось в 1970-х годах. Переход к низкой рождаемости в Восточной и Западной Африке начался в 1980-х годах, а в Центральной Африке — в середине 1990-х годов. На сегодняшний день коэффициент рождаемости во всей Африке к югу от Сахары составляет около 5,1 деторождения в расчете на одну женщину.

Показатели рождаемости в крупных городах всего региона сегодня значительно ниже, чем в сельских районах (диаграмма 7). В Эфиопии, к примеру, коэффициент суммарной рождаемости в городских

районах приближается к уровню простого воспроизводства населения, тогда как на остальной территории страны он по-прежнему превышает пять деторождений в расчете на одну женщину.

Одним из основных движущих факторов снижения рождаемости является урбанизация, и следует ожидать, что в целом рождаемость будет снижаться по мере того, как Африка к югу от Сахары будет становиться все более урбанизированной.

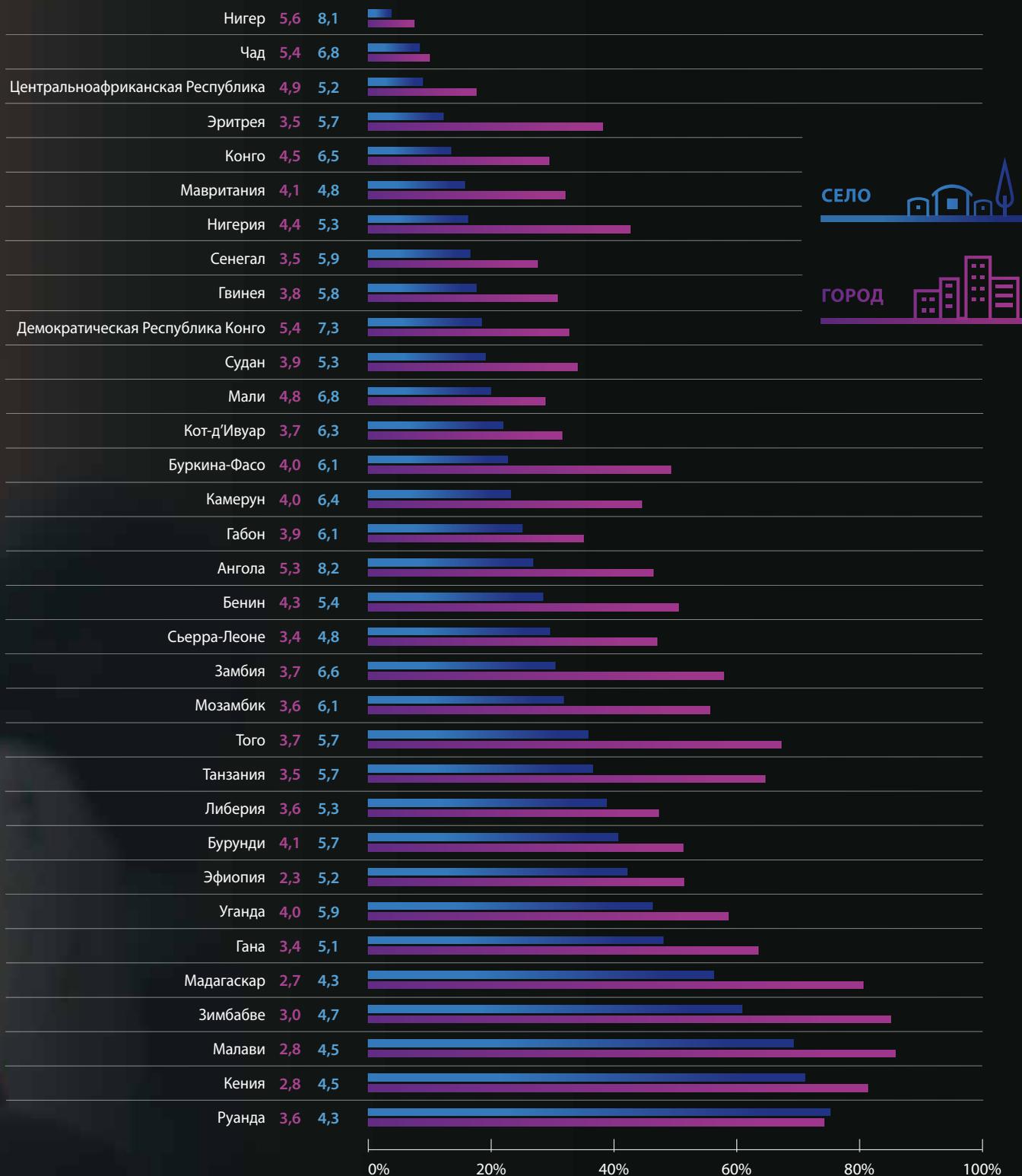
В отсутствие высокой смертности и эмиграции высокая рождаемость приводит к более быстрому росту численности населения, что создает

**Во всех странах Восточной
Африки, кроме пяти,
менее половины
женщин сообщают,
что не хотят заводить
больше детей.**



ДИАГРАММА 7

Коэффициент рождаемости Процентная доля женщин с четырьмя детьми, которые сообщают о нежелании продолжать заводить детей (сельские и городские районы)



Источник: ICF



© UNFPA/NOOR/Bénédicte Kurzen

проблемы для правительств, которые уже испытывают трудности в удовлетворении спроса на услуги образования и здравоохранения и сохранении того, что было достигнуто в процессе развития. Стремительный рост численности населения также сдерживает прогресс в достижении Целей устойчивого развития. Некоторые страны, например, могут не достичь Цели 1 (искоренение нищеты к 2030 году), Цели 3 (поддержание хорошего здоровья и благополучия), а также других целей, относящихся к устойчивому развитию городов и обеспечению достойной работы для всех (Herrmann, 2015).

Снижение рождаемости приводит к сдвигу в возрастной структуре населения Африки к югу от Сахары, в результате чего численность молодых людей становится непропорционально большой. Хотя это создает потенциал реализации «демографического дивиденда», наличие огромного

числа молодых людей трудоспособного возраста означает, что потребность в новых возможностях трудоустройства будет только возрастать. Текущий уровень безработицы в Африке к югу от Сахары составляет около 11 процентов, но уровень безработицы среди молодежи, как правило, намного выше (ILO, 2016). Например в Южной Африке половина всех активных молодых людей являются безработными. Кроме того, в бедных странах, которые не способны обеспечить выплату пособий по безработице или выплачивают их на низком уровне, неполная занятость становится все более распространенным явлением. Это означает, что большинство населения выполняет ту или иную работу, пытаясь свести концы с концами, но лишь немногим удается устроиться на высокопроизводительную и хорошо оплачиваемую работу по найму, и, несмотря на наличие работы, большинство людей живут в нищете.



© Giacomo Pirozzi

Высокий уровень безработицы в сочетании с высоким риском оказаться в тисках нищеты даже при наличии работы по найму, а также отсутствие возможностей для высококачественного трудоустройства могут побудить молодых людей выехать на постоянное место жительства за рубеж. Согласно оценкам, в настоящее время 38 процентов молодых людей, проживающих в Африке к югу от Сахары, склонны переехать в другие страны (ILO, 2016).

Что подталкивает рождаемость вверх?

Демографические тенденции в Африке к югу от Сахары были отчасти predetermined процессами, набравшими силу во времена столетнего колониального правления, которое принесло с собой болезни, конфликты и другие движущие факторы, усугубившие и без того высокий уровень смертности

Текущий уровень безработицы в Африке к югу от Сахары составляет около 11 процентов, но уровень безработицы среди молодежи, как правило, намного выше.

в регионе (Caldwell, 1985; Dawson, 1987; Turshen, 1987; Coquery-Vidrovitch, 1988). Уровень рождаемости должен был быть достаточно высоким, чтобы компенсировать высокий уровень смертности и удовлетворить огромный спрос на трудовые ресурсы в рамках производственной системы, ориентированной на удовлетворение потребностей европейских стран, но в то же время продолжающей производить основные продукты питания для внутренних нужд (Cordell et al., 1987).

С учетом этих двух факторов роста рождаемости общины стали руководствоваться теми нормами, обычаями и социальными механизмами, в которых деторождению и выживанию детей уделялось первоочередное внимание (Meillassoux, 1977; Page and Lesthaeghe, 1981; Caldwell, 1982, 1985; Caldwell and Caldwell, 1987).

В колониальный период достижение «репродуктивного успеха» зачастую означало отрицание какой бы то ни было самостоятельности отдельных людей и супружеских пар в принятии решения о том, заводить ли детей, и если да, то когда и как часто. Вступление в брак, как правило, означало заключение договора не между двумя людьми, а между их семьями, что укореняло практику вступления в брак в несовершеннолетнем возрасте, полигамии и наследования вдов в целях максимально эффективного использования репродуктивного потенциала женщины на протяжении всей ее жизни.

Большой возрастной разрыв между супругами усиливал гендерные нормы, поощряющие неравенство, и придавал мнению мужчин куда большую весомость, чем мнению женщин при принятии решений о деторождении, а также при решении почти любого иного вопроса. В этих условиях положение женщины в значительной степени предопределялось ее способностью родить ребенка, а также числом и возрастом детей. Эти нормы оказались удивительно стойкими, несмотря на недавние изменения в экономике и общественной жизни.

В наши дни высокая рождаемость в Африке к югу от Сахары поддерживается непрекращающимся высоким спросом на детей и отсутствием необходимых способов ограничения размеров семьи (Casterline and Agyei-Mensah, 2017), в частности, по причине значительной неудовлетворенной потребности в противозачаточных средствах.



В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — НИГЕР

**«Я хочу планировать
свое будущее»**

Ассия, 19 лет



Обретая жизненные навыки, девочки учатся принимать собственные решения

© UNFPA/Ollivier Girard

19-летняя Ассия носит своего 10-месячного младенца Абдулазиза в рюкзаке на спине. Все ее внимание направлено на классную доску, у которой она стоит. Она учится писать на языке зарма, распространенном на западе Нигера.

Рядом с ней около 20 девочек и молодых женщин, причем некоторые из них уже состоят в браке или помолвлены. Большинство носит хиджабы небесно-голубого популярного на данный момент цвета.

Ассия — одна из 64 000 девочек-подростков, начавших свое обучение в этом году в Нигере по программе «Иллимин» (на языке хауса это слово означает «знания»). Эта программа, помогающая подросткам приобрести жизненные навыки и знания и стать более независимыми, является частью более широких усилий по защите девочек от вступления в брак в несовершеннолетнем возрасте и ранней беременности.

Более двух третей девочек, проживающих в Нигере, вступают в брак в возрасте до 18 лет. После того, как они выходят замуж, от девушек, как правило, ожидают, что они начнут рожать детей. По показателю деторождений среди девочек-подростков Нигер занимает второе место в мире.

«Программа Иллимин ориентирована на девочек-подростков в возрасте 10–19 лет, потому что на их долю приходится каждое седьмое деторождение и около одной трети случаев материнской смертности в этой стране, — объясняет Хассан Али, заместитель представителя ЮНФПА (Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения). — Большинство девочек этого возраста в Нигере не умеют ни читать, ни писать, — добавляет Али. — Они относятся к тем, кто в наибольшей степени подвержены риску вступления в брак в детском возрасте и ранней беременности, и поэтому программа Иллимин больше всего будет полезна именно им».

Помимо того, что она научится читать и писать, Ассия также узнает о том, как обращаться с деньгами, научится шить и вышивать и приобретет другие навыки, которые в будущем помогут ей зарабатывать на жизнь. Но также она узнает о питании, гигиене, особенностях своего тела, отношениях с другими людьми, правах и контрацепции.

В рамках этой программы «крестные» более старшего возраста из числа жителей общины сопровождают девочек в местные клиники, где они могут узнать больше о контрацепции и бесплатно получить противозачаточные средства.

Ассия не собиралась беременеть и рожать Абдулазиза. 30-летний мужчина, с которым она встречалась в то время, заверял ее, что он предохраняется. Как только она забеременела, он бросил ее.

Когда Ассия была ребенком, умер ее отец, и вскоре после этого от нее и ее младшей сестры



«Я хочу, чтобы мои дети получили хорошее образование и имели более достойную жизнь, чем моя».

отказалась мать, и им не осталось ничего иного, как пойти в сиротский приют. В возрасте 12 лет Ассия переехала к своей бабушке. «Она была единственным членом моей семьи, о ком мне было известно, — рассказывает Ассия. — Она захотела, чтобы я жила вместе с ней, и я согласилась».

Через пару лет Ассия стала работать в качестве домашней прислуги и все свои заработки отдавала бабушке на ведение хозяйства. Но однажды ее бабушка заметила, что живот Ассии округляется. Осознав, что Ассия забеременела, бабушка выгнала ее из дома. Через несколько месяцев Ассия родила своего первого ребенка Уму, которому сейчас исполнилось 3 года.

«Я была в полном неведении о половой жизни. В сиротском приюте девочки и мальчики жили раздельно, так что я никогда не слышала о связанных с этим рисках.

С тех пор, как я стала посещать школу Иллимин, я смотрю в будущее с куда большим оптимизмом, — говорит Ассия. — Я учусь тому, как можно защитить себя. У меня появились друзья. Мы можем спокойно обсуждать все что угодно друг с другом. Я хочу, чтобы мои дети получили хорошее образование и имели более достойную жизнь, чем моя».

Теперь Ассия пользуется противозачаточным имплантатом, который она получила в местной клинике. «Я хочу планировать свое будущее», — говорит Ассия.

35-летняя Фатума Бубакар говорит, что девочки, у которых она является наставницей в рамках программы Иллимин, становятся более сильными, осведомленными и уверенными в себе: «К моменту окончания учебы по этой программе такие девочки, как Ассия, узнают, что они имеют право сказать нет». Одну девочку, у которой она была наставницей, собирались принудить к вступлению в брак ее собственные родители. «Она отказалась, хотя ей было всего 14 лет».

Спрос на детей

В среднем в Африке к югу от Сахары спрос на детей выше, чем в любом другом регионе.

Среднестатистическое идеальное число детей у женщин в возрасте 15–49 лет варьируется в широком диапазоне в зависимости от страны проживания и социального слоя. Этот показатель составляет от 3,6 в Руанде до 9,5 в Нигере.

Среднестатистическое желаемое число деторождений в расчете на одну женщину не превышает четырех только в Кении (3,9), Малави (3,9) и Руанде (3,6). Женатые мужчины обычно хотят завести больше детей, чем замужние женщины. Исключением является Руанда, где женщины в среднем хотят завести 3,6 ребенка, а мужчины — 3,1. В Бурунди и мужчины, и женщины имеют одинаковые предпочтения — 4,3. Женатые мужчины в Чаде хотят завести наибольшее число детей — 13,2.

На региональном уровне желание иметь большую семью проявляется также среди женщин, у которых уже есть четверо детей. Во всех странах Восточной Африки, кроме пяти, менее половины из этих женщин сообщают, что не хотят заводить больше детей. Доля женщин, которые предпочитают заводить не более четырех детей, выше в городских районах, за исключением Руанды.

В наши дни нормы и обычаи, предопределявшие высокую рождаемость в прошлом веке, по-прежнему широко распространены в большинстве сельских районов. Сегодня востребованность детей зависит от экономического положения домохозяйств и репродуктивных норм, сопровождающих эту зависимость. Факторы, уменьшающие эту зависимость, включают расширение охвата формальным образованием, повышение благосостояния в условиях современной экономики, а также миграцию и подверженность воздействию других норм, особенно тех, которые относятся к правам личности и гендерным ролям.

По всему региону люди, получившие по меньшей мере среднее образование, хотят завести и заводят меньше детей, чем люди, получившие начальное образование или его не имеющие. Аналогичным образом люди, находящиеся на более высоком уровне материального достатка, предпочитают заводить меньше детей, чем менее обеспеченные люди (диаграмма 8). Спрос на детей сегодня зависит также от возраста — представители младших поколений, как правило, предпочитают иметь меньше детей, чем было у их родителей.

Руандийские мужчины — сторонники уменьшения размера семьи

Социально-культурные нормы и традиционная практика препятствуют реализации репродуктивных прав и ускорению процесса демографического перехода, являющегося предварительным условием использования преимуществ демографического дивиденда, пути к получению которого настойчиво ищут все страны. Изменение норм и обычаев, связанных с репродуктивными правами, является нелегкой задачей. Но опыт Руанды показывает, что при наличии политической воли и мер, способствующих укреплению репродуктивных прав, национальные правительства способны добиться перемен в относительно короткие сроки.

После гражданских волнений, ставших катализатором геноцида 1994 года, руководство Руанды, самой густонаселенной страны континентальной Африки, изменило свой подход к стремительному росту численности населения и увеличению уровня рождаемости, который в одно время достигал уровня 8,7 деторождения в расчете на одну женщину (Cohen, 1993).

Новый подход был направлен на обеспечение более широкой

представленности средств добровольного планирования семьи, а также их ценовой доступности для всех, включая людей, проживающих в самых отдаленных общинах. Этот шаг повлек за собой беспрецедентное увеличение показателя использования противозачаточных средств женщинами, состоящими в официальном или гражданском браке, с 10 процентов в 2005 году до 45 процентов пятью годами позднее.

Столь стремительный рост стал, в частности, результатом правительственных кампаний, которые помогли изменить жизненные установки людей в отношении контрацепции, превратив эту запретную тему в приоритет национального развития (Solo, 2008). В то же время эти кампании также помогли изменить взгляды мужчин по вопросам деторождения, размера семьи и планирования семьи.

Одна из целей политики Руанды в области охраны репродуктивного здоровья 2003 года заключалась в активизации участия мужчин в осуществлении национальной программы планирования семьи. Ключевыми стратегиями в этом плане стали массовая информационно-

разъяснительная кампания, призванная мобилизовать общество, в сочетании с целенаправленными усилиями, направленными на повышение осведомленности мужчин (Republic of Rwanda, 2003). Одновременно политики всех уровней повседневно указывали на важное значение планирования семьи, чтобы помочь супружеским парам реализовать собственные цели в стремлении уменьшить размер семьи (May and Kamurase, 2009). В своей совокупности эти меры стали движущей силой стремительных изменений в общественном сознании людей, способствовавших широкой поддержке идеи планирования семьи.

Результаты обследований в области демографии и здравоохранения свидетельствуют о том, что кампании планирования семьи, проводимые в стране с 2005 года, преобразовали Руанду, которая стала единственной страной Африки к югу от Сахары, где на всех уровнях гендерного паритета доля людей, заявляющих, что они не хотят иметь больше детей, среди мужчин выше, чем среди женщин, независимо от числа детей, которых женщины уже имеют.

Детская смертность

Высокие показатели детской смертности (повышенный риск лишиться ребенка) способствуют тому, что большое число людей, проживающих в Африке к югу от Сахары, стремятся увеличить размер своей семьи.

Несмотря на серьезные успехи в повышении выживаемости детей, достигнутые за последние два десятилетия, дети по-прежнему умирают. Во многих странах региона детская смертность находится на уровне, преобладавшем в Европе более ста лет тому назад.

Показатели детской смертности в регионе по-прежнему остаются самыми высокими в мире, а риск смерти ребенка в возрасте до 5 лет примерно в 15 раз выше, чем в странах с высоким уровнем дохода (UNICEF, 2017).

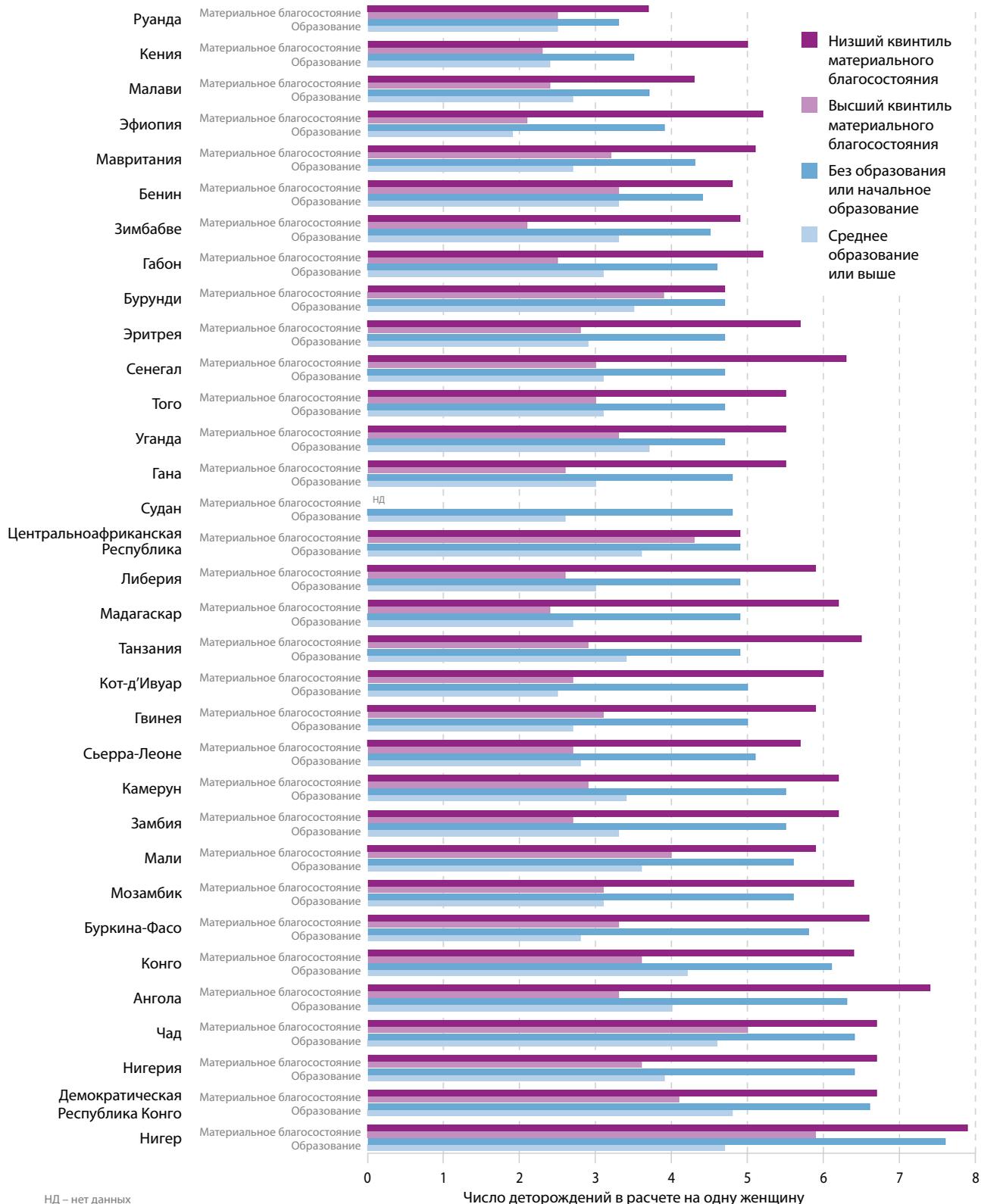
На долю пневмонии, главной причины смерти детей в возрасте до 5 лет, приходится 22 процента летальных исходов. За ней следует малярия, на долю которой приходится 15,3 процента случаев смерти детей в Африке к югу от Сахары.

Согласно оценкам, в 2015 году на Африку к югу от Сахары пришлось 90 процентов из 212 миллионов случаев заболевания малярией во всем мире и 92 процента из 429 000 случаев смерти от малярии. Самый опасный и смертоносный малярийный паразит — *Plasmodium falciparum* — эндемичен в большей части региона (WHO, 2016).

Ежегодно в первые четыре недели жизни умирает более 1 миллиона младенцев, что отчасти отражает слабость программ по охране здоровья матери и ребенка, осуществляемых в регионе.

ДИАГРАММА 8

Коэффициент желаемой суммарной рождаемости в разбивке по уровням образования и квинтилям материального благосостояния



НД – нет данных

Источник: ICF

Ежегодно в первые четыре недели жизни умирает более 1 миллиона младенцев, что отчасти отражает слабость программ по охране здоровья матери и ребенка, осуществляемых в регионе.

Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи

Женщины и супружеские пары, проживающие в регионе, по-прежнему испытывают трудности, пытаясь контролировать свою репродуктивную жизнь. По сравнению с другими регионами доступность современных методов контрацепции и использование современных противозачаточных средств находятся на относительно низком уровне.

Согласно оценкам, 21 процент женщин, проживающих в регионе, хотят избежать беременности, но не пользуются современными методами контрацепции, и таким образом их потребности в средствах планирования семьи остаются «неудовлетворенными» (Guttmacher Institute, 2017). В то же время 19,7 миллиона (38 процентов) беременностей, случающихся в регионе каждый год, являются непреднамеренными. Использование современных противозачаточных средств женщинами, проживающими в этом регионе и состоящими в официальном или гражданском браке, распространено в городских районах в большей степени, чем в сельской местности (диаграмма 9).

К числу причин неудовлетворенной потребности в противозачаточных средствах в Африке к югу от Сахары и других развивающихся регионах относятся отсутствие возможности использовать

предпочтительный метод контрацепции и ненадежность поставок соответствующих противозачаточных средств, озабоченность по поводу безопасности и побочных эффектов, стоимость, противодействие со стороны членов семьи, законы, ограничивающие доступ молодых или не состоящих в браке людей, и предвзятость либо отсутствие надлежащей квалификации у поставщиков услуг (Sedgh et al., 2016b).

Вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте

Практика вступления в брак в несовершеннолетнем возрасте в несоразмерно большей степени сказывается на жизни девочек. Согласно оценкам, в Африке к югу от Сахары 38 процентов женщин вступают в брак в возрасте до 18 лет, а 12 процентов — в возрасте до 15 лет (UNICEF, 2018).

В пределах региона самый высокий показатель отмечается в Нигере, где в возрасте до 18 лет в брак вступают 76 процентов девочек.

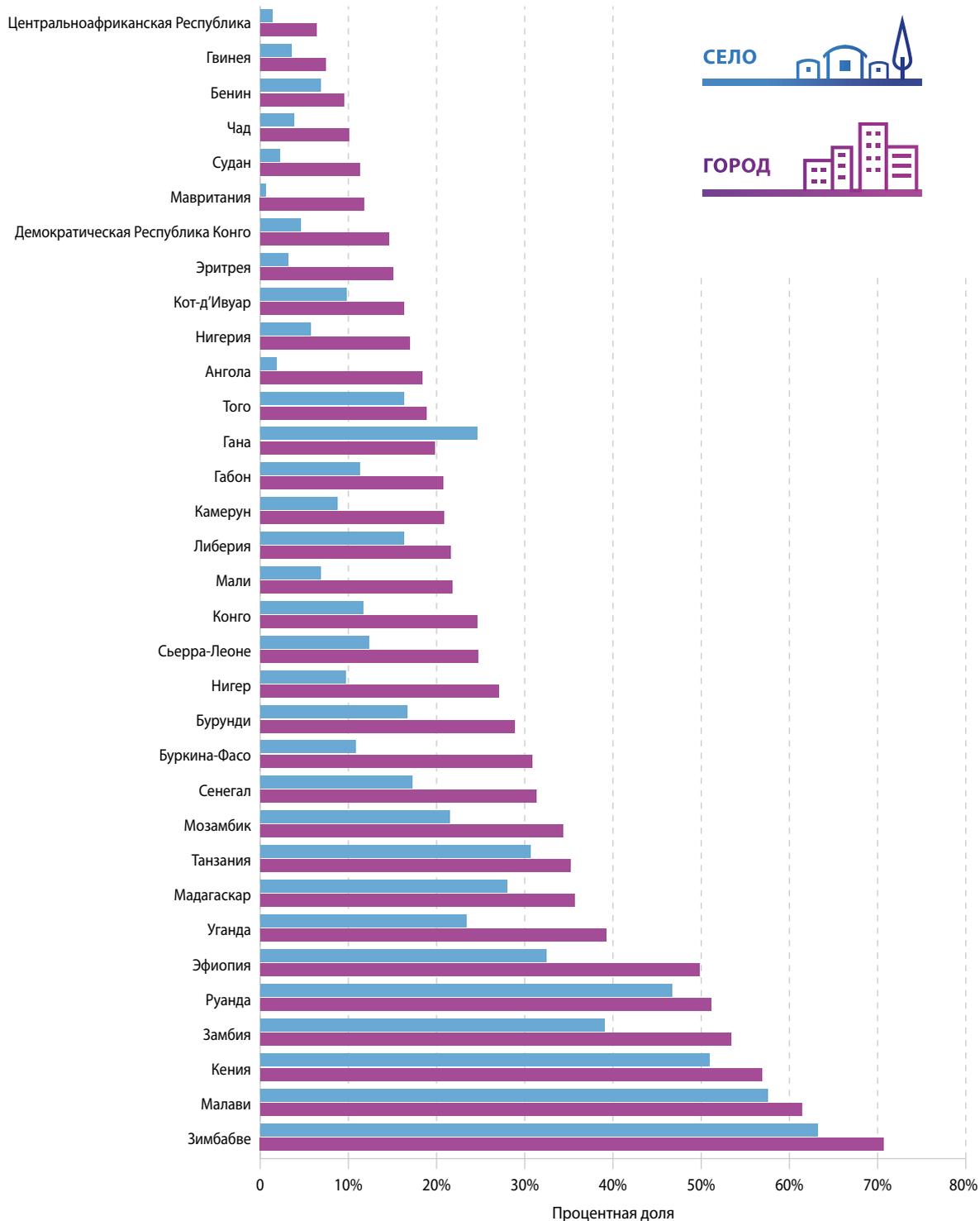
В мировом масштабе большинство деторождений у девочек-подростков (95 процентов) происходит в развивающихся странах, а 9 из 10 таких родов случаются в рамках официального или гражданского брака. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, осложнения при беременности (такие как кровотечения, сепсис и затрудненные роды) и осложнения в результате небезопасных аборт являются главными причинами смерти девушек в возрасте 15–19 лет.

Наряду с этим вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте и связанное с ним раннее деторождение оказывают отрицательное социально-экономическое воздействие, выражающееся в прерывании образования девочек, что лишает их возможности устроиться на оплачиваемую работу вне дома в будущем. Связанные с этим последствия включают неполную занятость и сокращение заработков в зрелом возрасте (Lee, 2010; Herrera and Sahn, 2015; Wodon et al., 2017).

В широком смысле вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте лишает девочек права голоса в принятии решений, влияющих на их жизнь, что негативно сказывается на расширении прав и возможностей женщин и способствует сохранению проявлений гендерного неравенства и его передаче из поколения в поколение (Hindin, 2012). Кроме того, малолетние невесты в большей степени

ДИАГРАММА 9

Процентная доля замужних женщин, пользующихся одним из современных методов контрацепции, сельские и городские районы



Источник: ICF



© Mark Tuschman

подвержены злоупотреблениям, что создает проблему, которая усугубляется большой разницей в возрасте между мужем и женой. При этом замужние девочки располагают ограниченными возможностями получить доступ к информации о средствах планирования семьи и соответствующим услугам или полностью лишены такой возможности.

Формирование будущего облика Африки с помощью реализации демографического дивиденда

Согласно оценкам, возраст 60 процентов населения региона не превышает 25 лет. Значительная и все возрастающая доля молодых людей в населении Африки к югу от Сахары открывает ограниченную определенными сроками возможность ускорения темпов экономического роста посредством реализации демографического дивиденда, в связи с чем Африканский союз разработал соответствующий план поэтапных действий (African Union Commission, 2017).

Демографический дивиденд — это потенциал экономического роста, который возникает в результате изменения возрастной структуры населения, когда доля населения трудоспособного возраста превышает долю населения нетрудоспособного возраста. Этот

сдвиг происходит, когда смертность начинает уменьшаться, а рождаемость остается высокой, что приводит к очень большой численности молодежи как в абсолютных показателях, так и относительно численности пожилых людей. По мере того, как эти молодые люди вступают в возраст, когда они начинают работать, само количество работающих людей в общей численности населения по отношению к числу иждивенцев может придать экономике страны хотя и временный, но значительный импульс роста (Lee and Mason, 2006).

Однако размер и уровень воздействия демографического дивиденда зависят от объема средств, инвестированных в развитие человеческого капитала молодежи. Если права и возможности молодых людей будут расширяться, и они получат образование, а затем устроятся на оплачиваемую работу, они будут в состоянии помочь своей стране реализовать этот дивиденд, но если это не удастся, они сами будут нуждаться в поддержке государства.

Поскольку в большинстве стран Африки к югу от Сахары демографический переход только начинается, настало время для того, чтобы увеличить объемы целевых инвестиций в системы образования и здравоохранения, включая охрану репродуктивного здоровья, с тем чтобы предоставить многочисленной и растущей группе молодежи региона более

широкие права, позволяющие ей воспользоваться теми экономическими возможностями, которые возникнут в ближайшие годы.

Наряду с этим реализация демографического дивиденда предопределяется эффективностью функционирования рынков труда и капитала, а также наличием механизмов общего руководства, создающих благоприятную среду для привлечения как местных, так и иностранных частных инвестиций. Усилия, призванные расширить предложение рабочей силы посредством вложений в человеческий капитал, должны дополняться высокими темпами экономического роста, увеличивающего спрос на труд. Оба эти условия необходимы, чтобы устроить людей на высокопроизводительную и хорошо оплачиваемую работу по найму либо создать реальные возможности для предпринимательской деятельности.

В случае максимально эффективного использования демографический дивиденд будет способствовать ускорению экономического роста и сокращению масштабов нищеты. Некоторые из этих задач уже реализуются. После «потерянных десятилетий» 1980-х и 1990-х годов экономические условия в Африке к югу от Сахары значительно улучшились, и за период 2000–2016 годов континент в целом смог практически удвоить показатель валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения (диаграмма 10).

Зимбабве была единственной страной, где в течение этого 16-летнего периода наблюдался экономический спад. Две страны (Руанда и Эфиопия) увеличили свой ВВП на душу населения в три раза. Перед всеми странами региона стоит задача поддержания темпов экономического роста и его ускорения для удовлетворения растущего спроса на образование, здравоохранение и новые рабочие места по мере увеличения численности населения. Несмотря на прогресс, достигнутый во многих беднейших странах, разрыв с развитыми странами продолжает увеличиваться.

Величина демографического дивиденда отчасти зависит от темпов снижения рождаемости, которые, в свою очередь, предопределяются тем, насколько хорошо организована охрана сексуального и репродуктивного здоровья и защищены права женщин и девочек, а также в какой степени женщины имеют возможность, информацию и средства, чтобы принимать собственные решения о том, будут ли они беременеть, и если да, то когда и как часто.

ДИАГРАММА 10

Валовой внутренний продукт на душу населения (по паритету покупательной способности в международных долларах по текущему обменному курсу)

СТРАНА/РАЙОН	2000	2016	ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ 2016 /2000
Ангола	2 781	6 499	2,34
Бенин	1 321	2 168	1,64
Буркина-Фасо	829	1 720	2,07
Бурунди	598	778	1,30
Камерун	1 987	3 286	1,65
Центральноафриканская Республика	649	699	1,08
Чад	787	1 991	2,53
Конго	3 551	5 719	1,61
Кот-д'Ивуар	2 336	3 720	1,59
Демократическая Республика Конго	419	801	1,91
Габон	14 095	18 108	1,28
Гана	1 791	4 294	2,40
Гвинея	896	1 311	1,46
Эфиопия	490	1 735	3,54
Кения	1 690	3 156	1,87
Либерия	665	813	1,22
Мадагаскар	1 145	1 506	1,32
Малави	686	1 169	1,70
Мали	1 160	2 117	1,83
Мавритания	2 181	3 854	1,77
Нигер	597	978	1,64
Нигерия	2 258	5 867	2,60
Руанда	623	1 913	3,07
Сенегал	1 512	2 568	1,70
Сьерра-Леоне	723	1 473	2,04
Судан	1 812	4 730	2,61
Танзания	1 174	2 787	2,37
Того	1 012	1 491	1,47
Уганда	846	1 849	2,19
Замбия	1 667	3 922	2,35
Зимбабве	2 038	2 006	0,98
Африка к югу от Сахары	1 900	3 711	1,95

Источник: World Bank (2017).

Расширение доступа к формальному образованию является одной из основных движущих сил снижения рождаемости, поскольку чем дольше девочки посещают школу, тем меньше вероятность того, что они вступят в брак и забеременеют в детском возрасте. Образованные женщины также лучше подготовлены к тому, чтобы преодолеть барьеры на своем пути к достойной, оплачиваемой работе в более поздний период жизни.

Демографический дивиденд, предвосхищенный Африканским союзом в 2017 году, не может быть реализован в полном объеме в условиях непрекращающейся дискриминации по признаку пола и гендерного неравенства, которые оставляют многих женщин и девочек бесправными и обездоленными.

Будущее

Снижение рождаемости в Африке к югу от Сахары не ускорится, если нормы, способствующие сохранению высокой рождаемости, не будут меняться более быстрыми темпами. Это подразумевает изменение социально-экономического уклада, сложившегося в условиях высокой смертности, особенно той его части, которая связана с гендерными ролями в обществе.

Процесс урбанизации и модернизации экономики африканских стран привел к созданию альтернативных возможностей для экономического преуспевания женщин за пределами своих домохозяйств. В то же время урбанизация, повышение уровня образования среди девочек и женщин, а также снижение младенческой и детской смертности способствуют постепенному сокращению спроса на большие семьи.

Дальнейшее и более быстрое снижение рождаемости будет зависеть от того, насколько расширятся права и возможности отдельных людей и супружеских пар в принятии собственных решений о размере семьи. В большинстве африканских стран программы планирования семьи еще недостаточно развиты, чтобы обеспечить предоставление качественных услуг тем, кто в них больше всего нуждается, в частности, малоимущим слоям городского и сельского населения. Последовательное расширение сферы охвата качественными услугами по планированию семьи может привести к нарастанию спроса на эти услуги и, в свою очередь, снижению рождаемости.



В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — КЕНИЯ

«Мы хотим, чтобы у наших детей жизнь сложилась лучше, чем у нас».

Шэрроу, 32 года



Кенийцы хотят уменьшить размер семьи, чтобы дать детям возможность изменить свою жизнь к лучшему

© Matchbox Media/Alice Oldenburg for UNFPA

Шэрроу забеременела вскоре после того, как вышла замуж за Стэнли, несмотря на то, что их супружеская пара еще пару лет не планировала обзаводиться детьми.

После рождения сына Кристиано они решили сделать все возможное, чтобы сын смог преуспеть в жизни. А это означало необходимость воспользоваться средствами планирования семьи для предотвращения очередной беременности.

По мнению Дэна Окоро, специалиста по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья из отделения ЮНФПА в Найроби, люди, живущие в Кении, предпочитают заводить меньше детей и уделять больше внимания имеющимся детям. Все больше и больше супружеских пар предпочитают использовать средства планирования семьи для предотвращения или отсрочки беременности либо увеличения интервалов между беременностями.

Начиная с 1970-х годов, когда на среднестатистическую кенийскую женщину приходилось более восьми деторождений, размер семьи неуклонно сокращался. В наши дни за всю свою жизнь среднестатистическая женщина рождает чуть менее четырех детей. Расширение доступа к бесплатным или недорогим противозачаточным средствам и информации о порядке их использования стало одним из факторов снижения рождаемости.

Средства планирования семьи все чаще используются молодыми женщинами, ведущими активную половую жизнь. «Табуированность темы планирования семьи, как правило, ушла в прошлое, — говорит Рейчел Мутуи, доброволец из кенийского медицинского центра по охране здоровья молодежи «Семья

выбирает здоровье», действующего при поддержке ЮНФПА. — Молодые женщины теперь обрели силу и в состоянии принимать собственные решения».

«Услуги по планированию семьи также помогают девочкам-подросткам избежать беременности и завершить свое образование, что позволяет им устроиться на хорошую работу, — добавляет Мутуи. — Забеременевшие девочки-подростки обычно бросают школу, не завершив образование, и это уменьшает их шансы получить работу и хороший заработок в будущем. Вот почему девочкам нужно знать о вариантах планирования семьи до того, как они начинают вести половую жизнь», — поясняет она.



По всей стране 6 из 10 замужних женщин пользуются современными методами контрацепции. Однако в отдельных сельских районах современными методами контрацепции пользуется только каждая двадцатая женщина. Проблема отчасти заключается в отсутствии услуг в отдаленных районах. Но, как считает Жозефина Кибару-Мбае, генеральный директор Национального совета по народонаселению и развитию, в некоторых общинах женщины по-прежнему лишены возможности принимать собственные решения в отношении предотвращения беременности, а также слишком мало осведомлены о существующих вариантах контрацепции.

Шэрроу и Стэнли пользовались средствами планирования семьи в течение семи лет, пока их сын не закончил начальную школу, прежде чем в прошлом году завели своего второго ребенка Тину. До рождения Тины эта супружеская пара сумела скопить достаточно денег, чтобы отправить своего сына, которому на данный момент исполнилось 8 лет, в хорошую среднюю школу. Шэрроу снова пользуется средствами планирования семьи и планирует вернуться в школу, а также начать бизнес по приготовлению еды и обслуживанию торжеств.

«Мы хотим, чтобы у наших детей жизнь сложилась лучше, чем у нас, — говорит Шэрроу. — Я сделаю все, что в моих силах, чтобы помочь им воплотить свои мечты в жизнь».

Шэрроу и Стэнли пользовались

средствами планирования семьи

в течение семи лет, пока их сын не закончил

начальную школу, прежде чем в прошлом

году завели своего второго ребенка.



Отход от преобладающей тенденции к снижению рождаемости

ГЛАВА 3

Согласно общепринятой теории демографического перехода, рождаемость обычно начинает снижаться по мере социально-экономического развития общества (Notestein, 1953; Easterlin, 1975). В условиях, когда страны становятся все более промышленно развитыми, образованными и урбанизированными, расходы, связанные с наличием детей, увеличиваются, а преимущества большой семьи уменьшаются.



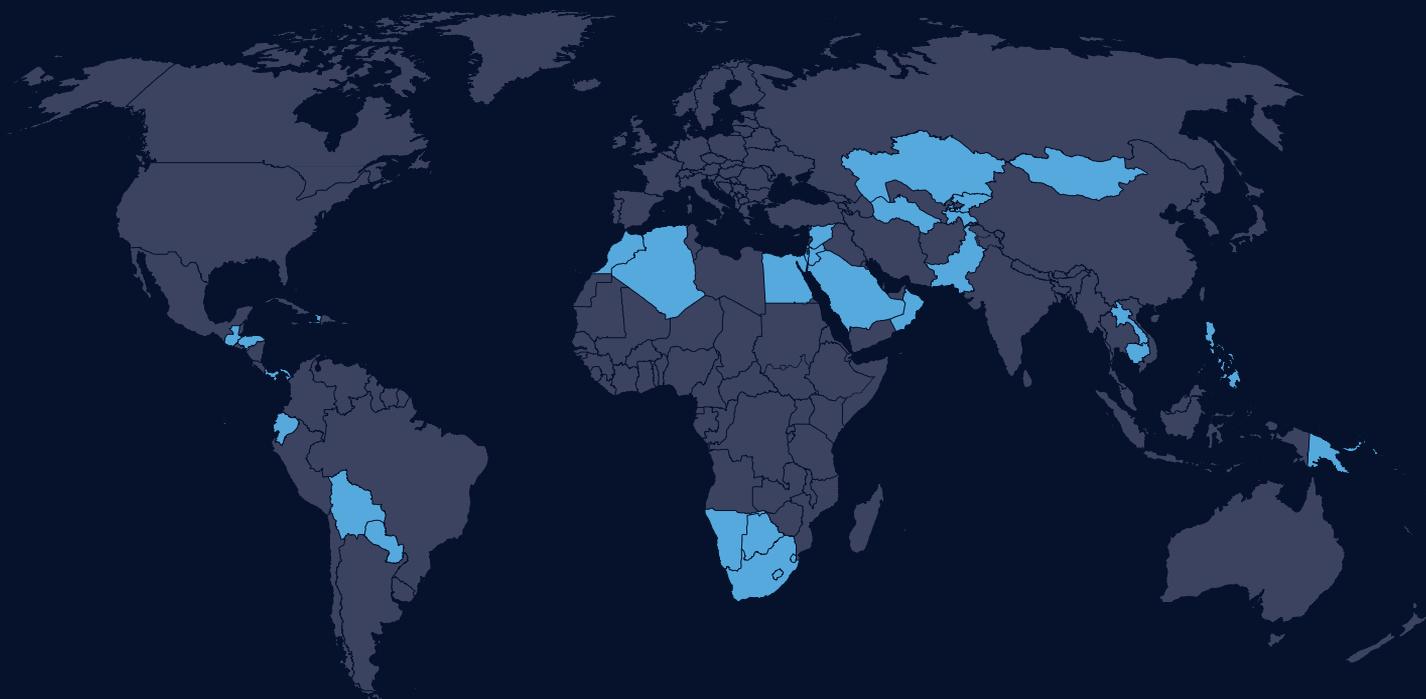
© Chris Stowers/Panos Pictures

В своей совокупности эти факторы порождают желание иметь меньше детей. После того, как рождаемость в стране начинает снижаться, этот процесс обычно продолжается до тех пор, пока коэффициент рождаемости не достигнет уровня простого воспроизводства населения, а именно: 2,1 деторождения в расчете на одну женщину.

Хотя эта типичная модель снижения рождаемости наблюдается в большинстве стран мира, в некоторых странах, у которых коэффициент рождаемости в настоящее

время колеблется от 2,5 до 3,9 деторождения в расчете на одну женщину, динамика изменения этого показателя иная (диаграмма 11). В одних странах темпы давно устоявшегося снижения рождаемости замедлились, а в других показатель рождаемости вновь увеличился после многих лет снижения. В первой из упомянутых групп стран замедление темпов снижения иногда связывают с сокращением государственного финансирования программ по планированию семьи. Во второй группе рождаемость обычно возобновляет рост по завершении экономического или иного кризиса.

СТРАНЫ С КОЭФФИЦИЕНТОМ РОЖДАЕМОСТИ, РАВНЫМ **2,5-3,9** ДЕТОРОЖДЕНИЯ В РАСЧЕТЕ НА ОДНУ ЖЕНЩИНУ



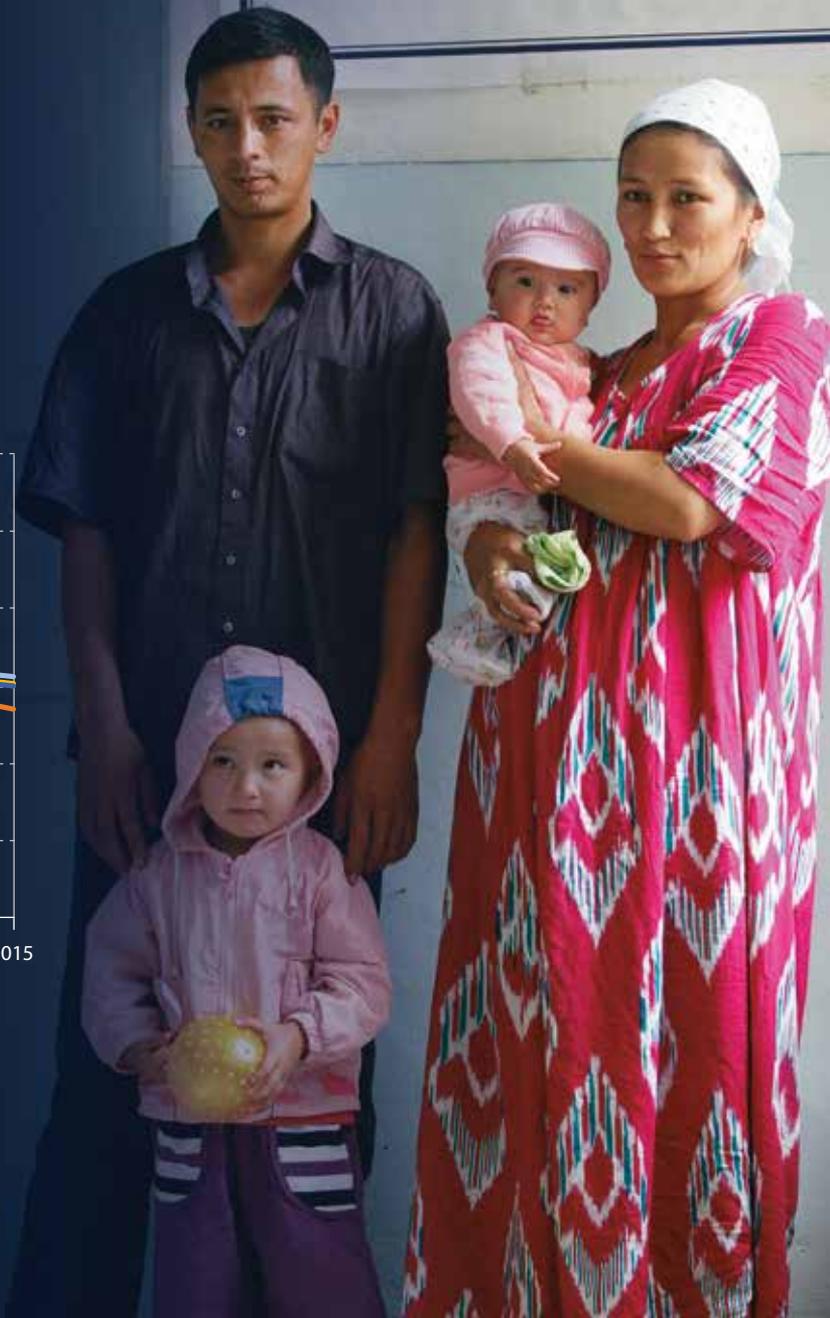
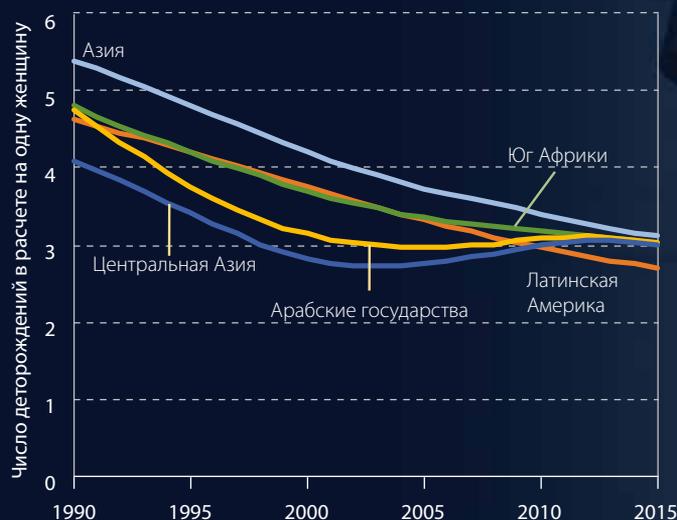
Во всех этих странах значительное снижение рождаемости наблюдалось в 1990-х годах, но после 2000 года ее показатели начали движение в противоположном направлении, при этом между регионами и субрегионами прослеживались четкие различия (диаграмма 12). В пяти странах Южной и Юго-Восточной Азии, к примеру, в период 1990–2015 годов усредненный показатель рождаемости неуклонно снижался, упав с 5,3 до 3,1. За тот же период усредненный коэффициент рождаемости в семи странах Латинской Америки и Карибского бассейна также непрерывно уменьшался, упав с 4,6 до 2,7. На Юге Африки показатели рождаемости снижались в течение 1990-х годов, но темпы этого

снижения существенно замедлились после 2000 года, и за период 2000–2015 годов рождаемость в этой части континента снизилась с 3,7 до 3,0 деторождения в расчете на одну женщину. В арабских государствах и странах Центральной Азии рождаемость снижалась в начале 2000-х годов, а затем вновь начала расти.

Хотя коэффициент рождаемости в диапазоне от 2,5 до 3,9 отмечается в 30 странах, в настоящей главе рассматриваются только те 15 стран, в которых обследования в области демографии и здравоохранения, проведенные в 2000 году или позднее, позволили собрать данные о суммарном количестве случаев нежеланных или несвоевременных беременностей, неудовлетворенной потребности

ДИАГРАММА 12

Тенденции изменения усредненных показателей суммарной рождаемости в 15 странах, сгруппированных по регионам, 1990–2015 годы



© Giacomo Pirozzi

в противозачаточных средствах и уровнях рождаемости в разбивке по уровням образования, а именно: Боливия, Гватемала, Гондурас, Египет, Иордания, Камбоджа, Кыргызстан, Лесото, Марокко, Намибия, Пакистан, Свазиленд, Таджикистан, Туркменистан, Филиппины и Эсватини. В этой главе не рассматриваются тенденции изменения рождаемости в странах, по которым имеются неполные или только последние данные, или в странах, экономическое, демографическое или иное положение которых существенно отличается от ситуации в 15 странах, подвергнутых анализу.

Во всех этих странах значительное снижение рождаемости наблюдалось в 1990-х годах, но после 2000 года ее показатели начали движение в противоположном направлении.

Несвоевременные деторождения, незапланированные беременности

Как это было согласовано 179 правительствами на Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года, отдельные люди и супружеские пары имеют право решать, заводить ли детей, и если да, то когда и как часто. Многие женщины, проживающие в тех странах, где снижение рождаемости приостановилось или обратилось вспять (и практически во всех остальных странах мира), сталкиваются с трудностями в реализации этого права. Упомянутые проблемы находят свое отражение в незапланированных беременностях, нежеланных или несвоевременных деторождениях и абортах.

Нежеланные деторождения

Деторождение (или рождение ребенка) считается нежеланным, если случается после того, как женщина достигла желаемого размера своей семьи (Rutstein and Rojas, 2006). Данные, собранные в рамках международной программы обследований в области демографии и здравоохранения, свидетельствуют о том, что средний уровень нежеланных деторождений в 15 странах, рассматриваемых в настоящей главе, колеблется в диапазоне от 1,7 в Эсватини до 0,2 в Кыргызстане и Туркменистане (диаграмма 13).

Несвоевременные деторождения

Несвоевременное рождение ребенка — это желанное деторождение, случившееся раньше, чем планировалось. Среди рассматриваемых 15 стран средний уровень несвоевременных деторождений колеблется в диапазоне от 1,4 в Намибии до 0,06 в Туркменистане.

Аборты

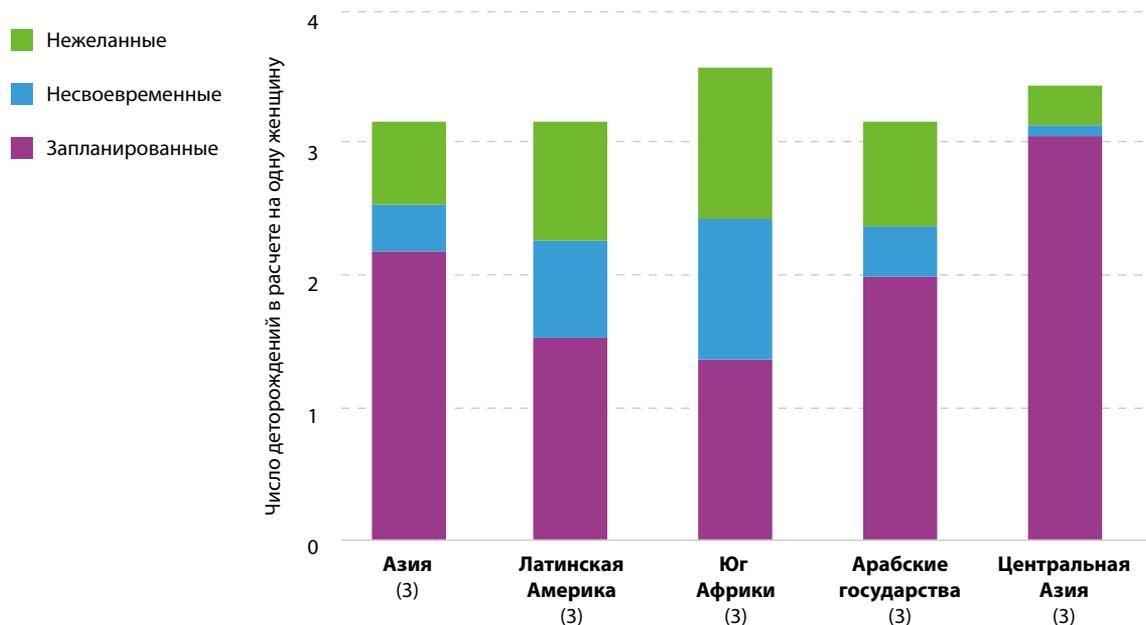
Надежных и полных статистических данных по абортам (будь то безопасным или небезопасным, законным или незаконным) в 15 странах, рассматриваемых в этой главе, в наличии не имеется. И все же, согласно оценкам Института Гуттмахера, доля беременностей, заканчивающихся абортами, на Юге Африки, в Южной Америке и Центральной Азии составляет 24 процента, 34 процентов и 26 процентов соответственно.

Неудовлетворенная потребность в противозачаточных средствах

Основной непосредственной причиной незапланированных беременностей в 15 странах, рассматриваемых в настоящей главе (а также на глобальном уровне), является то, что некоторые женщины, которые не хотят забеременеть, не пользуются

ДИАГРАММА 13

Нежеланные, несвоевременные и запланированные деторождения в 15 странах из 5 регионов



противозачаточными средствами. Считается, что эти женщины испытывают неудовлетворенную потребность в противозачаточных средствах (Westoff and Bankole, 1995).

Между странами наблюдаются большие различия в уровне этой неудовлетворенной потребности. Данные, собранные в рамках программы обследований в области демографии и здравоохранения, свидетельствуют о том, что уровень этой неудовлетворенной потребности в 15 странах, исследуемых в настоящей главе, колеблется в диапазоне от 25 процентов в Эсватини до 11 процентов в Гондурасе (диаграмма 14).

Одни женщины, испытывающие неудовлетворенную потребность в противозачаточных средствах, хотят увеличить интервал между своими беременностями, другие уже завели столько детей, сколько хотели, и желают предотвратить зачатие в будущем.

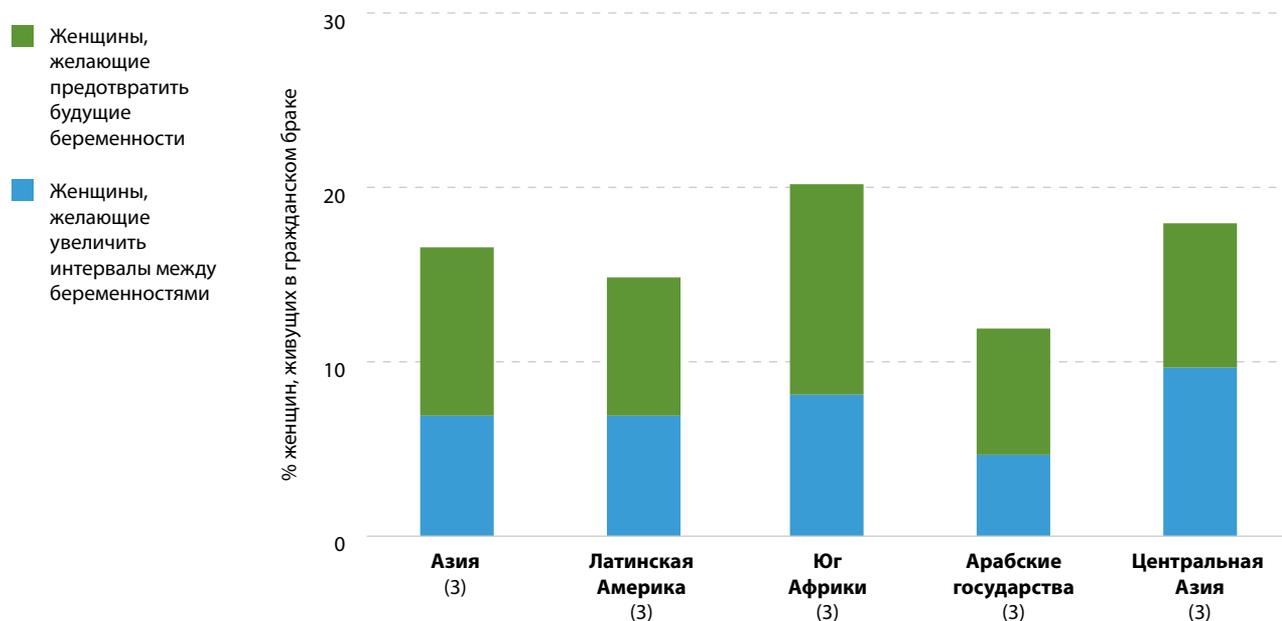
Во многих странах существует целый ряд социальных, медицинских и экономических факторов, препятствующих использованию противозачаточных средств мужчинами и женщинами, которые к этому стремятся (Bongaarts et al., 2012; Sedgh and Hussain, 2014). К числу этих препятствий относятся отсутствие знаний о методах контрацепции или



© Abbie Traylor-Smith/Panos Pictures

ДИАГРАММА 14

Процентная доля женщин, испытывающих неудовлетворенную потребность в противозачаточных средствах, в 15 странах из 5 регионов



поставщиках соответствующих услуг, стоимость противозачаточных средств и услуг, опасения по поводу здоровья и побочных эффектов и обеспокоенность в отношении социальной приемлемости. Опасения в отношении того, как контрацепция скажется на состоянии здоровья, входят в число наиболее часто упоминаемых причин отказа от использования противозачаточных средств. Из 15 стран, располагающих данными, которые были получены в ходе последних по времени обследований в области демографии и здравоохранения, самая высокая доля женщин, сославшихся на возможное ухудшение состояния здоровья и побочные эффекты, отмечалась на Филиппинах (26 процентов). Еще одним мощным препятствием является гендерное неравенство, которое проявляется в том, что мужья своевластно отменяют решения своих жен относительно использования противозачаточных средств.

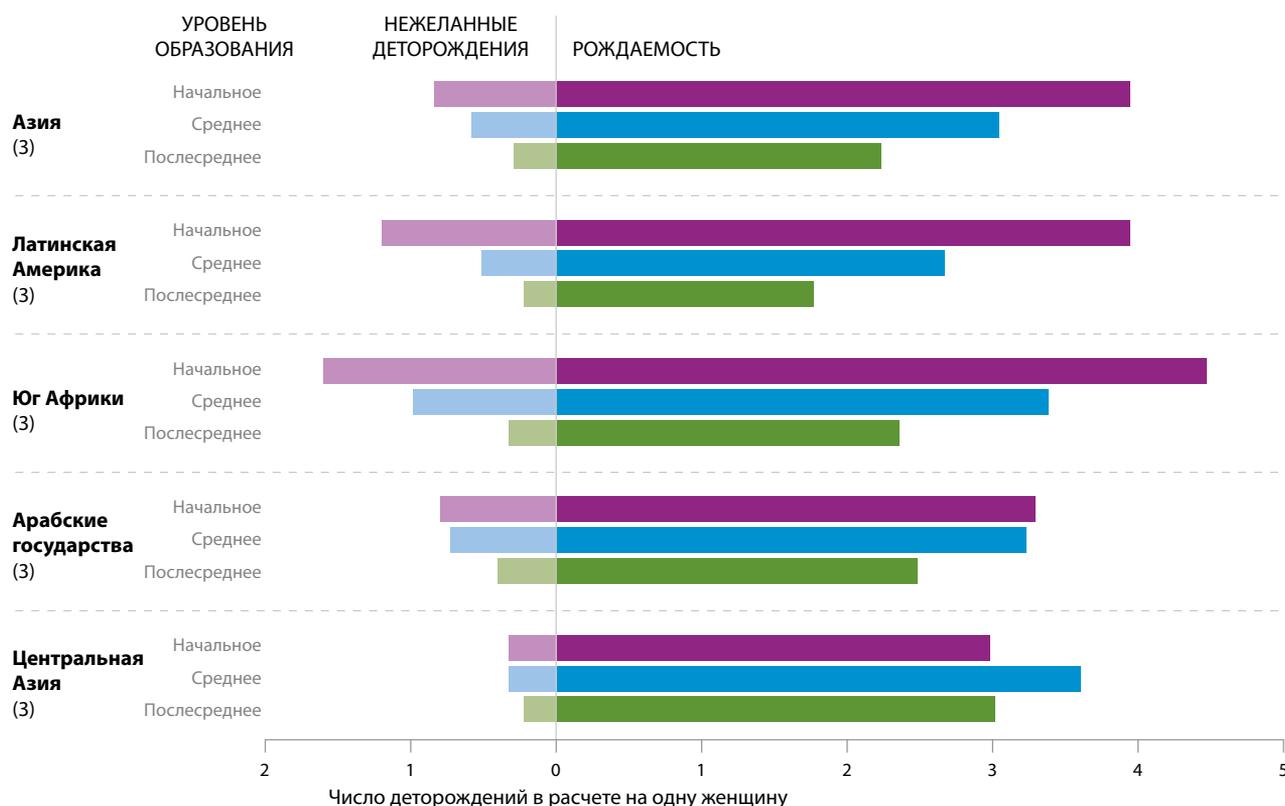
Социально-экономические факторы

Как и в большинстве других стран, рождаемость в 15 странах, рассматриваемых в настоящей главе, как правило, ниже среди женщин с более высоким уровнем образования (диаграмма 15). Среди этих 15 стран в трех странах Латинской Америки и Карибского бассейна отмечаются наибольшие различия в уровне рождаемости у женщин с самым высоким и самым низким уровнем образования. Этот результат отчасти отражает более высокий уровень социально-экономического неравенства.

У более высокообразованных женщин отмечается повышенная выживаемость новорожденных и детей, эти женщины склонны вступать в брак в более позднем возрасте и обладают большей самостоятельностью в принятии решений по вопросам деторождения, что в полной мере соотносится с более низким уровнем рождаемости. Наряду с этим, женщины с более высоким уровнем образования имеют более высокие доходы, и если

ДИАГРАММА 15

Рождаемость и нежеланные деторождения в разбивке по уровням образования в 15 странах из 5 регионов



Источник: ICF; DHS и USAID (2018)



Помощь боливийским девочкам-подросткам в предотвращении беременности

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — БОЛИВИЯ

© Sanne de Wilde for UNFPA/NOOR

«Очевидно, что молодые женщины здесь в Пунате становятся сильнее и расширяют свои права и возможности».

Дувейса, 23 года

23-летняя Дувейса Алькосер Вильяроэль сидит во главе стола, за которым собрался молодежный совет Пунаты.

Броский плакат на заднем фоне гласит: «Молодежь Пунаты едина в борьбе за свои права». Это в полной мере отражает происходящее — подростки Пунаты открыто заявляют о своих правах.

Город Пуната, расположенный вблизи озера Алалей («очень холодная вода» на языке кечуа), является столицей одноименной провинции в департаменте Кочабамба и торговым центром этой области Боливии. В Пунате проживают 35 000 человек, почти треть из которых составляет молодежь.

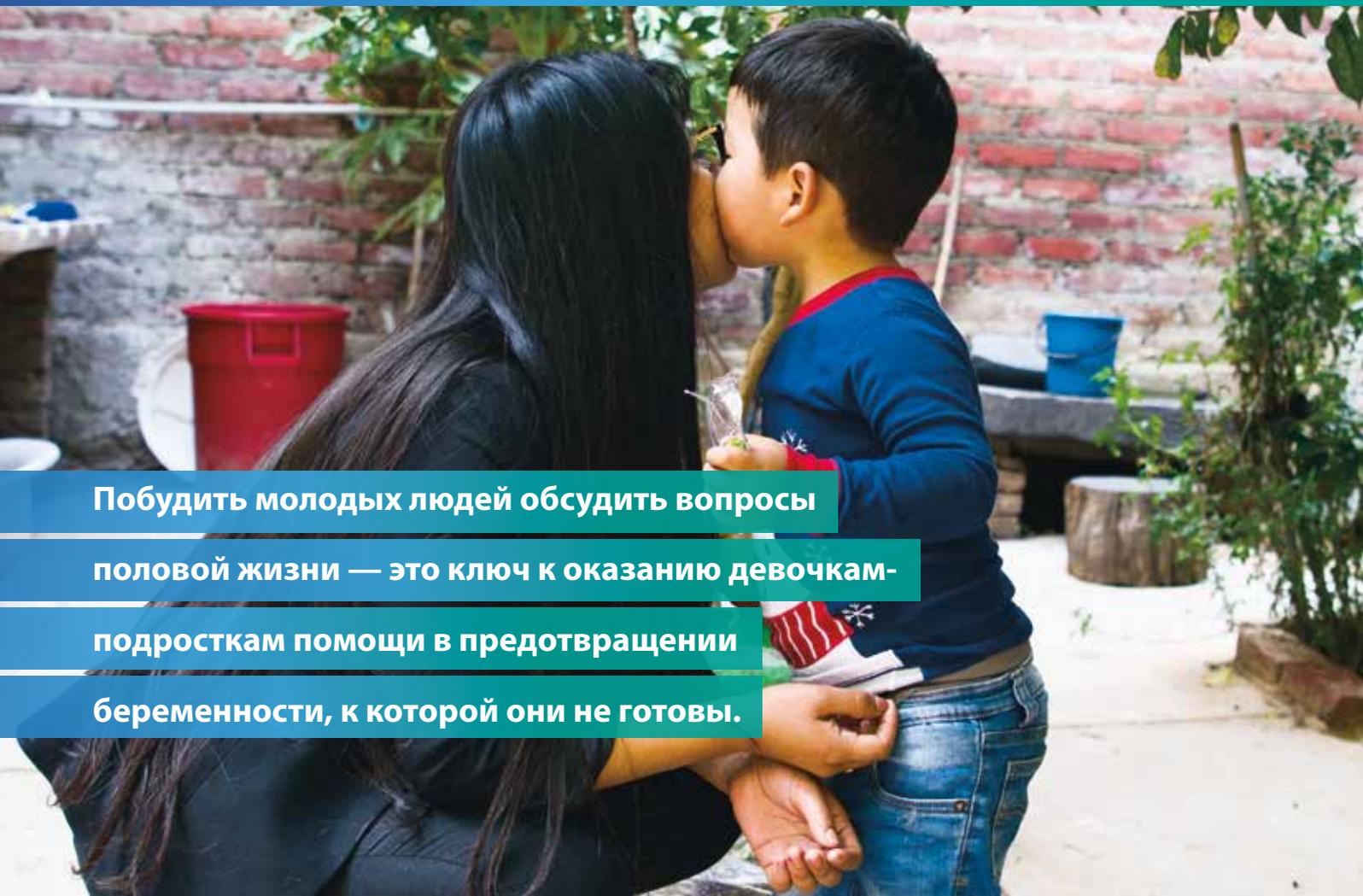
В 2012 году в Боливии был принят закон, предусматривающий создание молодежных советов, с тем чтобы молодые люди могли заявить о своей позиции по вопросам политики и государственного управления. Первый такой совет был создан в Пунате.

«У нас в Пунате предстоит сделать очень много, особенно в области предупреждения беременности в подростковом возрасте», — говорит Вильяроэль, председатель молодежного совета. — Наступила пора перейти от слов к делу».

Вильяроэль рассказывает, что девочки-подростки в ее общине беременеют, потому что они ничего не знают о половой жизни или о том, как предотвратить беременность, и слишком напуганы, чтобы спрашивать об этом. «Я такая же, как и они, — говорит она. — Я забеременела, когда мне было 19 лет.

Тот день, когда ты обнаруживаешь, что забеременела, забыть невозможно. Это как оказаться под ледяным душем».

Побудить молодых людей обсудить вопросы половой жизни — это ключ к оказанию девочкам-подросткам помощи в предотвращении беременности, к которой они не готовы. Одни смущаются или стесняются задавать вопросы, а многие другие чувствуют себя слишком неловко, чтобы пойти в клинику и получить противозачаточные средства.



Побудить молодых людей обсудить вопросы половой жизни — это ключ к оказанию девочкам-подросткам помощи в предотвращении беременности, к которой они не готовы.

Молодежные советы, такие как в Пунате, помогают открыто обсуждать вопросы половой жизни, беременности и контрацепции, и это дает девочкам больше возможностей принимать собственные решения в отношении своей жизни.

Сотрудник ЮНФПА Луиджи Бургоа рассказывает, что четыре или пять лет тому назад молодые люди даже не заговаривали о контрацепции. Но с момента создания молодежных советов в этом плане все изменилось. «Очевидно, что молодые женщины здесь в Пунате становятся сильнее и расширяют свои права и возможности», — говорит он.

Вильяроэль говорит, что она любит своего сына, которому исполнилось уже 4 года, но тем не менее она хочет сделать все, что в ее силах, чтобы помочь подросткам заводить детей только тогда, когда они будут к этому готовы, и избежать стресса и стигматизации, которые зачастую сопровождают беременность в этом возрасте. Она и члены молодежного совета идут на рынки и в места сбора молодых людей, чтобы распространять листовки о половой жизни и контрацепции и помочь им понять, как избежать беременности.

«Иногда молодые люди смущаются и уходят, когда видят наши листовки», — говорит она. А бывает, что они «в недоумении пожимают плечами, увидев такие слова, как презерватив или имплантат».

Когда Вильяроэль забеременела, она училась в выпускном классе средней школы. «Это было крайне трудно, но мне удалось закончить школу и получить аттестат. Я брала ребенка с собой, куда бы я ни шла.

Мне хотелось добиться многого, — добавляет Вильяроэль. — Иногда как мать ты вынуждена делать выбор между тем, что тебе хочется, и своей работой. Я была преисполнена решимости найти баланс и хотела работать, чтобы в полной мере реализовать свой потенциал и чтобы мой ребенок смог гордиться мной».

они хотят завести детей, им, возможно, придется отказаться от получения заработка. При этом более высокообразованные женщины, как правило, лучше осведомлены о методах контрацепции, имеют доступ к противозачаточным средствам, осознают связанные с этим преимущества и, следовательно, в большей мере склонны использовать их.

Финансируемые правительствами программы в области планирования семьи оказывают большее воздействие на рождаемость среди малообеспеченных и менее образованных слоев населения за счет расширения возможностей принимать решения о количестве беременностей и интервалах между ними. В то время как более зажиточные и высокообразованные женщины располагают ресурсами, позволяющими им реализовать собственные цели в области рождения детей, малоимущие женщины сталкиваются с колоссальными экономическими трудностями в получении доступа к противозачаточным средствам и поэтому вынуждены полагаться на бесплатные услуги, предоставляемые в рамках национальных программ. Там, где существуют более эффективные национальные программы в области планирования семьи, число нежеланных деторождений, как правило, меньше. Среди 15 стран, рассматриваемых в настоящей главе, более эффективные программы реализуются в арабских государствах и странах Азии. В этих странах отмечается самая незначительная разница между показателем нежеланных деторождений среди женщин с разными уровнями образования.

Стабилизация и возобновление роста

Когда показатель рождаемости начинает падать, как правило, он уменьшается до тех пор, пока не достигнет уровня простого воспроизводства населения. К странам, в которых это продолжающееся снижение рождаемости приостановилось или пошло в обратном направлении, относятся Алжир, Египет, Казахстан, Кыргызстан, Марокко, Намибия, Панама, Таджикистан и Туркменистан.

Экономические потрясения, войны и голод могут вынудить супружеские пары отложить наступление беременности на тот или иной период времени. Рождаемость в Алжире, к примеру, в 1990-х годах снизилась до уровня простого воспроизводства населения, что по времени совпало с разразившимся в этой стране конфликтом. По завершении этого конфликта коэффициент рождаемости вновь вырос и к 2010 году достиг почти трех деторождений в расчете на одну женщину.

Еще одним примером служит экономический кризис, поразивший страны Центральной Азии в начале 1990-х годов, который сопровождался снижением рождаемости (диаграмма 16). Когда этот кризис постепенно сошел на нет в начале 2000-х годов, рождаемость начала расти. Но по мере дальнейшего улучшения экономической ситуации рождаемость снова начала снижаться.

В этих четырех странах Центральной Азии неудовлетворенная потребность в современных методах контрацепции также может подталкивать рождаемость вверх. В Таджикистане и Кыргызстане неудовлетворенную потребность в противозачаточных средствах испытывает практически каждая пятая женщина, что частично обусловлено ограниченностью услуг в области планирования семьи (особенно в сельских районах), узким спектром вариантов контрацепции, высокой стоимостью и ограниченной возможностью принимать решения об использовании противозачаточных средств.

Уровень неудовлетворенной потребности среди замужних женщин в возрасте 15–24 лет выше, чем среди женщин в возрасте 25–49 лет. В Кыргызстане, например, в период 1997–2012 годов неудовлетворенная потребность среди

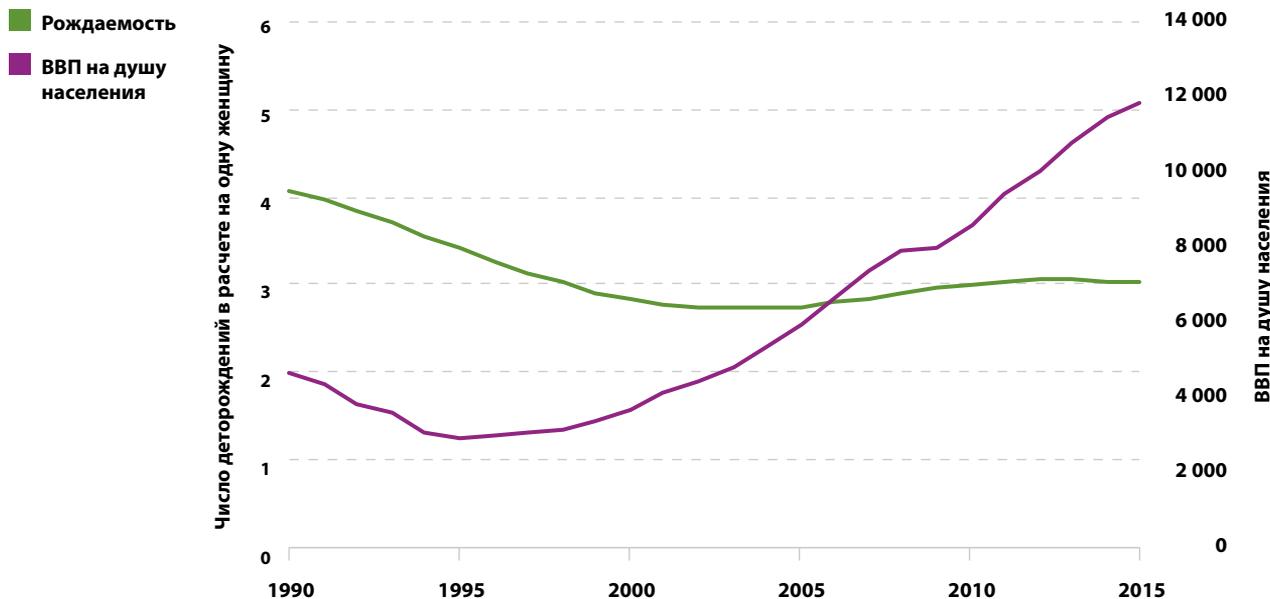
молодых замужних женщин увеличилась на 8,6 процентного пункта, тогда как показатели использования противозачаточных средств резко упали с 45,5 процента до 19,3 процента.

Несмотря на наличие в некоторых странах услуг по охране здоровья, ориентированных на нужды молодежи, школы, как правило, не предлагают занятий по всестороннему половому просвещению в соответствии с рекомендациями ЮНФПА и ЮНЕСКО (Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры). Помимо этого, практика вступления в брак в несовершеннолетнем возрасте остается неискоренимой, и малолетние невесты обладают лишь ограниченным доступом к услугам по охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, или вообще не могут ими воспользоваться. Одно из крупных препятствий, с которым сталкиваются малолетние невесты, заключается в неприятии самой идеи предохранения от беременности их мужьями и родней со стороны мужа.

Рождаемость может снижаться не только вследствие кризиса. Например, показатель рождаемости может временно понизиться в том случае, если значительное число женщин

ДИАГРАММА 16

Тенденции изменения объема ВВП на душу населения (по паритету покупательной способности) и рождаемости, усредненные данные по четырем странам Центральной Азии



Источник: United Nations (2017) и World Bank (2017)

решат отложить зачатие, с тем чтобы завершить свое среднее или высшее образование или начать работать по профессии. После того как женщины из этой группы окончат высшее учебное заведение и начнут свою профессиональную деятельность, они могут принять решение обзавестись семьей, что приведет к увеличению рождаемости.

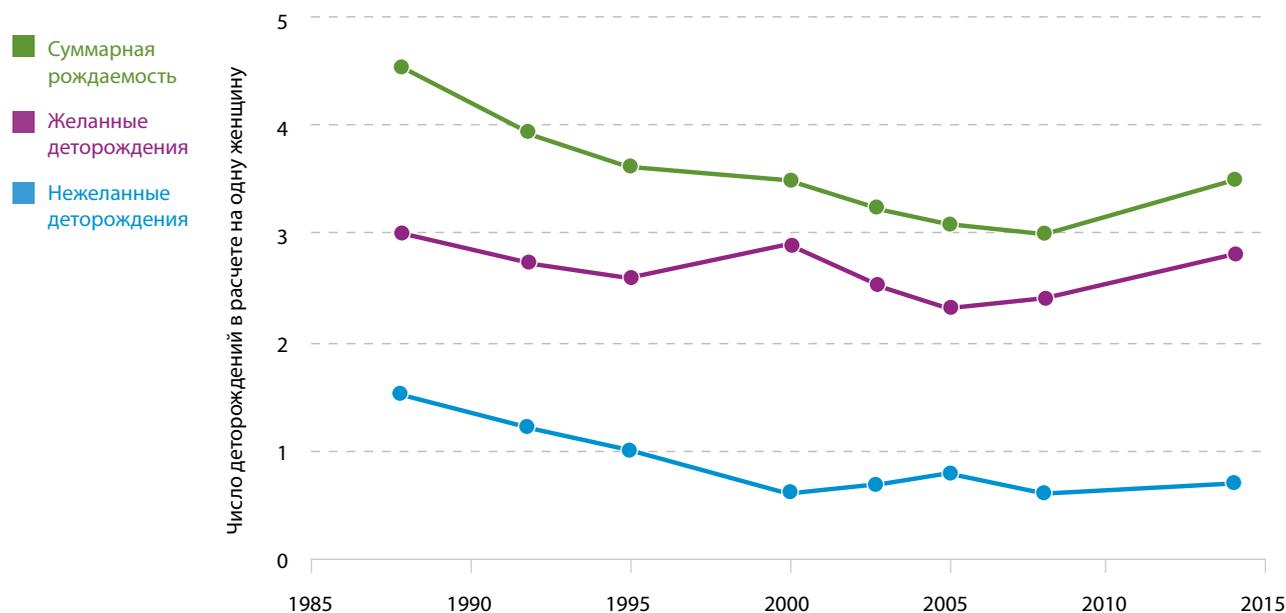
Сокращение сферы охвата программами в области планирования семьи также может замедлить снижение рождаемости или привести к ее увеличению (Blanc and Tsui, 2005). Рождаемость в Египте, к примеру, неуклонно снижалась с 4,5 деторождения в расчете на одну женщину в 1988 году до 3,0 в 2008 году, а затем возросла до 3,5 в 2014 году (диаграмма 17). До 2008 года правительство при поддержке иностранных доноров вкладывало значительные средства в услуги по планированию семьи. Эти инвестиции, сделавшие соответствующие услуги доступными на всей территории страны, привели к широкому распространению знаний о контрацепции и почти всеобщему осознанию того, что современные методы контрацепции могут расширить возможности отдельных людей и супружеских пар, желающих иметь меньше детей.

В Египте в период 2000–2007 годов объем международной помощи в области планирования семьи в среднем составлял 33 млн долл. США в год. Начиная с 2008 года, однако, объемы такой помощи снизились и в 2011 и 2012 годах составляли 3 млн долл. США в год, что привело к свертыванию этой программы.

Чтобы устранить возникший дефицит, правительство увеличило объемы финансирования за счет собственных средств, но выделяемой суммы оказалось недостаточно для восстановления программ и услуг на уровне, существовавшем до 2007 года. Сокращение финансирования отрицательно сказалось на предоставлении услуг и информационных кампаниях. Кроме того, до 2007 года два главных телевизионных канала страны транслировали эти информационные кампании на безвозмездной основе. В последние годы предпочтения зрительской аудитории сместились в пользу новых каналов, находящихся в частном владении, в вещательной сетке которых бесплатного эфирного времени для этих кампаний не предусмотрено. В результате информация о преимуществах планирования семьи получают меньше людей, что способствует возобновлению роста рождаемости.

ДИАГРАММА 17

Тенденции изменения рождаемости в Египте, 1988–2014 годы



Источник: ICF; DHS and USAID (2018)

Завершение перехода к низкой рождаемости

Как обсуждалось выше, тенденции изменения рождаемости в ряде стран не следовали традиционным моделям перехода к низкой рождаемости. После десятилетий последовательного снижения рождаемости в некоторых странах этот показатель либо стабилизировался, либо вырос.

В одних случаях отход от типичной модели может быть объяснен последствиями конфликтов или экономическими потрясениями. В других ограничение доступа к полному спектру методов и услуг в области планирования семьи, особенно в малообеспеченных и сельских общинах, может повлечь за собой стабилизацию или рост рождаемости.

Но сам факт того, что страны этой группы не следовали типичной модели перехода к снижению рождаемости, отнюдь не означает, что они еще не завершили свой переход к более низкой рождаемости. Существует вероятность того, что в некоторых странах переход к низкой рождаемости заканчивается не на уровне простого воспроизводства населения (2,1 деторождения в расчете на одну женщину), а на некотором более высоком уровне в пределах от 2,5 до 3,0 деторождения в расчете на одну женщину. Показатель рождаемости в Марокко, который на сегодняшний день равен примерно 2,5, с 2000 года практически не менялся.

Но сам факт того, что страны этой группы не следовали типичной модели перехода к снижению рождаемости, отнюдь не означает, что они еще не завершили свой переход к более низкой рождаемости.



В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — ЕГИПЕТ

«После рождения Махмуда я снова стала пользоваться средствами планирования семьи».

Ум Ахмед, 32 года



«Мы хотим самого лучшего для детей, которые у нас есть»

© UNFPA/Roger Anis

«У нас трое детей, — говорит Мохамед. — И мы хотим обеспечить им всем благополучное будущее».

37-летний Мохамед и 32-летняя Ум Ахмед сочтались браком 16 лет назад в египетском городе Луксор, где они оба родились и выросли. Примерно через год супружеской жизни Ум Ахмед родила дочь Мариам, а два года спустя сына Ахмеда.

«После этого мы решили, что не хотим заводить еще одного ребенка и стали пользоваться средствами планирования семьи, — объясняет

Мохамед. — Мы хотели обеспечить нашим двум детям хорошее образование и проследить, чтобы они были здоровы».

Но в течение последующих пяти лет отец Мохамеда пытался заставить супругов принять решение о рождении еще одного ребенка, и в конце концов они уступили, после чего родился третий ребенок Махмуд. «После рождения Махмуда я снова стала пользоваться средствами планирования семьи», — говорит Ум Ахмед.

То, что Мохамед работал строителем, позволяло ему обеспечивать свою семью средствами к

существованию вплоть до того момента, когда около пяти лет тому назад наплыв иностранных туристов, желающих осмотреть исторические достопримечательности Луксора, иссяк до тонкой струйки, что ослабило экономику города и лишило Мохамеда возможности зарабатывать на жизнь. Супруги и их младший сын переехали в Каир, в то время как двое детей старшего возраста остались с родственниками, чтобы продолжить свое образование.

Сегодня Мохамед работает вахтером в многоквартирном доме в Наср-Сити, самом густонаселенном районе Каира, и живет в подвальной клетушке. Он тратит часть своего заработка на оплату учебы своего сына в школе, в которой в классах небольшое число учащихся, а учителя хорошо подготовлены. Его сын говорит, что больше всего ему нравится изучать математику и что он хочет стать врачом, когда вырастет.

«Трое детей — это более чем достаточно», — говорит Мохамед. А его жена вторит ему: «Мы хотим самого лучшего для детей, которые у нас есть».

Большинство людей хотят троих детей

Согласно данным Магеда Османа, генерального директора Египетского центра изучения

общественного мнения «Аль-Басира», среднестатистический египтянин хочет иметь троих детей. Но этот усредненный показатель не дает представления о различиях во мнениях относительно идеального размера семьи, полученных в разных областях страны, сельских и городских районах, а сам показатель находится в диапазоне от немногим более двух детей в Александрии до почти пяти детей в мухафазе Матрух, расположенной на северо-западе страны.

При этом число детей, которое люди хотят иметь, отличается от количества детей, которое у них фактически имеется. В то время как среднестрановой показатель желаемого числа детей равен 3,0, их фактическое число в расчете на одну семью составляет 3,5.

«Желаемое число детей зависит от того, где вы живете, какой у вас достаток и были ли вы убеждены окружающими в том, что у вас должен родиться по меньшей мере один мальчик», — говорит Жермен Хаддад, заместитель представителя ЮНФПА в Каире. Фактическое число детей может зависеть от давления со стороны родственников, гендерной предвзятости

Расширение прав и возможностей женщин, всеохватное экономическое развитие и обеспечение доступности средств планирования семьи, взятые в совокупности, могут открыть перед отдельными людьми и супружескими парами возможность принимать собственные решения о размере своей семьи.



законов о наследовании и уровня дохода. А это зачастую зависит от доступности современных методов контрацепции и достоверной информации о безопасных способах использования противозачаточных средств.

Возможности осознанного выбора

Недостоверная информация о побочных эффектах контрацепции побуждает каждую третью египетскую женщину отказаться от использования противозачаточных средств в течение первого года, а это приводит к непреднамеренной беременности.

«Женщинам нужна информация», — говорит д-р Вафаа Бенджамин Баста, акушер-гинеколог, имеющая частную практику, но также предоставляющая услуги пациентам в городской учебной больнице.

«Некоторые женщины не знают, что у них есть возможность выбора, — продолжает Баста. — Я помогаю женщинам принимать собственные решения в отношении охраны здоровья на основе надежной и точной информации.

Большинство женщин, которые обращаются ко мне, опасаются побочных эффектов. Но многие из этих опасений ничем не обоснованы. Вот почему противозачаточные таблетки непопулярны в Египте: женщины ошибочно предполагают, что их употребление приведет к тому, что они располнеют или заболели раком молочной железы».

Даже несмотря на то, что в ее частной клинике доступны все современные методы контрацепции, большинство ее пациентов выбирают внутриматочные устройства, поясняет Баста. Все возрастающее число пациентов — это молодые замужние женщины, которые хотят отсрочить беременность, с тем чтобы завершить свое образование или поступить на работу.

Женщины, которые приходят в ее частную клинику, как правило, стремятся иметь одного ребенка или максимум двух. Однако женщины, с которыми она встречается в учебной больнице, обычно говорят, что они хотят пять или шесть детей. Эти женщины, по ее словам, видят в детях потенциальных сиделок, которые будут ухаживать за родителями, когда те состарятся. Они также считают детей источником стабильности и достатка в семье.

Показатели рождаемости растут

Статистические данные правительства и Организации Объединенных Наций



© UNFPA/Roger Anis

«Я помогаю женщинам принимать собственные решения в отношении охраны здоровья на основе надежной и точной информации».

Д-р Вафаа Бенджамин Баста

свидетельствуют о том, что многодетные семьи чаще встречаются в малообеспеченных сельских общинах. Но высокая доля многодетных семей также связана с более высокими показателями вступления в брак в несовершеннолетнем возрасте. В Каире, где обычным явлением считаются семьи с двумя детьми, на долю замужеств в несовершеннолетнем возрасте приходится менее 3 процентов от общего числа случаев вступления в брак. В сельской мухафазе Матрух, где широко распространены семьи с четырьмя и более детьми, около 21 процента от общего числа случаев вступления в брак приходится на долю замужеств в несовершеннолетнем возрасте.

Сегодняшний показатель рождаемости в Египте составляет 3,5, что выше самого низкого значения 3,1, зарегистрированного в 2009 году. Некоторые должностные лица объясняют это увеличение ослаблением программ в области планирования семьи, которые примерно

до 2006 года финансировались одной из крупных стран-доноров, предоставляющих международную помощь. В то время экономика Египта начала стремительно расти, и годовой объем ВВП на душу населения почти удвоился с примерно 1 400 долл. США в 2000 году до примерно 2 600 долл. США в 2010 году. Выход страны на уровень экономической «зрелости» привел к поэтапному прекращению донорского финансирования.

В наши дни неудовлетворенную потребность в современных методах контрацепции испытывают 12,5 процента египетских женщин. Этот показатель еще выше в сельских районах страны.

Помимо этого, в период после 2006 года отмечалось сокращение масштабов информационных кампаний по вопросам планирования семьи. В 2005 году 80 процентов респондентов обследования в области демографии и здравоохранения сказали, что в предыдущем году они либо слышали о рекламных сообщениях о планировании семьи, либо сами их видели. Аналогичное обследование, проведенное в 2014 году, показало, что такая информация была доведена до сведения только 20 процентов опрошенных.

В школах всестороннее половое просвещение не проводится. Населению приходится пользоваться другими источниками получения сведений о планировании семьи (и базовой информации о репродуктивной функции человека). В рамках программы просвещения Y-Peer, осуществляемой силами сверстников и реализуемой при поддержке ЮНФПА, молодые люди делятся с другими молодыми людьми знаниями об инфекциях, передаваемых половым путем, бытовом насилии, правах человека, взаимоотношениях между людьми и беременности.

22-летний Мохамад Хасан, студент медицинского факультета университета Аль-Азхар в Каире, участвует в программе Y-Peer как доброволец. По его словам, 80 процентов людей, приходящих на его семинары-практикумы, просят предоставить им базовые сведения об анатомии человека.

На пороге удвоения численности населения

При нынешних темпах роста численность населения Египта, составляющая 95 млн чел.,

как ожидается, увеличится до 119 млн чел. к 2030 году и может более чем удвоиться до 200 млн чел. к 2100 году. Около 6 из 10 респондентов обследования в области демографии и здравоохранения 2014 года ответили «да» на вопрос о том, имеет ли страна «проблемы в области народонаселения».

В 2014 году правительство приступило к реализации стратегии в области народонаселения и развития, преследующей цель замедлить рост численности населения посредством оказания поддержки супружеским парам в осуществлении их права решать, заводить ли детей, и если да, то когда и как часто.

Согласно мнению Хуссейна Сайеда, сотрудника факультета экономики и политологии Каирского университета, эта общенациональная стратегия, которую он помогал разработать, сводится к защите прав человека, в том числе репродуктивных прав. Ключевая особенность этой стратегии заключается в ее нацеленности на сокращение в два раза неудовлетворенной потребности в средствах планирования семьи к 2030 году, особенно в сельских районах и городских трущобах, где услуги малодоступны, а возможности выбора методов контрацепции ограничены.

«Мы хотим гарантировать лучшую жизнь тем двум, которые у нас уже есть. Самое важное для них — это получить хорошее образование».

Раша

Эта стратегия также направлена на сокращение масштабов неграмотности среди девочек, с тем чтобы открыть перед ними возможности участия в оплачиваемой трудовой деятельности. Соответствующие меры включают в себя предоставление денежной помощи малоимущим семьям при условии обеспечения семьями гарантии, что их дочери продолжают посещать школу. Одновременно правительство объявило о том, что получение образования до наступления 18-летнего возраста является обязательным.

Другие меры призваны стимулировать экономический рост и создание рабочих мест и источников средств к существованию для малообеспеченных слоев населения страны.

Расширение прав и возможностей женщин, всеохватное экономическое развитие и обеспечение доступности средств планирования семьи, взятые в совокупности, могут открыть перед отдельными людьми и супружескими парами возможность принимать собственные решения о размере своей семьи.

Стремление к лучшей жизни для своих детей

Ахмед и Раша встретились 10 лет тому назад на работе, где он занимался закупками и

материально-техническим обеспечением, а она трудилась в подразделении, отвечавшим за ввод данных в информационную систему. Они стали встречаться и скоро решили, что полностью подходят друг другу. На следующий год они сочтались браком, и у них родился первый ребенок Мохамед.

Ахмед продолжил работать, а Раша осталась дома, чтобы ухаживать за ребенком. Спустя четыре года на свет появился второй ребенок — дочь Рагхад.

Уже в то время, когда они были обручены и готовились к свадьбе, эта супружеская пара приняла совместное решение о том, что у них будет не больше двух детей. «Больше детей нам не нужно, — говорит Раша. — Мы хотим гарантировать лучшую жизнь тем двум, которые у нас уже есть. Самое важное для них — это получить хорошее образование».

Ахмед говорит, что он хочет вырастить своих детей так, чтобы они стали благовоспитанными, добропорядочными и высокообразованными людьми. «Я хочу, чтобы в их жизни было все, что им нужно для того, чтобы сделать правильный выбор в отношении своего будущего».





ГЛАВА 4

К цели ведет МНОГО дорог

Лишь недавно в 33 странах показатель рождаемости снизился до примерно 1,7–2,5 деторождения в расчете на одну женщину. В эту группу входят арабские государства, страны Латинской Америки и Карибского бассейна, а также страны Азии. К ним относится Индия, численность населения которой превысила 1,3 миллиарда человек, и Катар, в котором проживает всего лишь 2,6 миллиона человек.



© Paul Smith/Panos Pictures

При этом в нее входят страны с высоким уровнем дохода, такие как Бахрейн, страны с низким уровнем дохода, например Непал, и страны со средним уровнем дохода (диаграмма 18).

Эта группа разнообразна не только по своему географическому положению и экономическим условиям, но и по выбору путей к достижению нынешнего уровня рождаемости, которым эти страны следовали, а также по проблемам, с которыми сталкиваются отдельные люди и супружеские пары в реализации своего права решать, стоит ли им заводить ли детей, и если да, то когда и как часто.

Тенденции изменения рождаемости

В 1980-х годах примерно в трети из 33 стран, рассматриваемых в настоящей главе, рождаемость была высокой, но затем стремительно снизилась до текущих показателей, равных или близких к уровню простого воспроизводства населения. К этим странам относятся Бангладеш, Иран, Мексика, Непал, Никарагуа, Перу, Сальвадор и несколько арабских государств.

В других странах снижение показателя рождаемости началось, как правило, в более ранний период, а именно в 1960-е годы, после чего он продолжал постепенно снижаться

СТРАНЫ С КОЭФФИЦИЕНТОМ РОЖДАЕМОСТИ, РАВНЫМ 1,7-2,5 ДЕТОРОЖДЕНИЯ В РАСЧЕТЕ НА ОДНУ ЖЕНЩИНУ



Отмеченные на настоящей карте границы или названия, а также употребляемые условные обозначения не означают официальной поддержки или признания со стороны Организации Объединенных Наций.

Пунктирная линия приблизительно соответствует контрольно-разграничительной линии в Джамму и Кашмире, согласованной между Индией и Пакистаном. Окончательный статус Джамму и Кашмира сторонами еще не согласован.

вплоть до сегодняшнего уровня. В эту группу входят страны Латинской Америки, такие как Бразилия и Чили, азиатские страны, такие как Малайзия и Шри-Ланка, и средиземноморские страны, такие как Ливан и Турция.

Индия и Мьянма отличаются от остальных членов группы тем, что у них медленное, но неуклонное снижение рождаемости началось после 1960-х годов. А отличие Аргентины и Уругвая состоит в том, что в этих странах еще до 1960-х годов рождаемость находилась на более низком уровне, чем в любой другой стране.

Бангладеш, Индия, Мьянма, Непал, Никарагуа и Сальвадор также выпадают

из общей картины, поскольку в наши дни показатели рождаемости в этих странах приближаются к уровню простого воспроизводства населения несмотря на более низкий доход на душу населения, чем в других странах с рождаемостью на уровне простого воспроизводства. В большинстве других стран мира столь низкая рождаемость достигается только при более высоких уровнях дохода. Тем не менее, эти и другие страны добились успехов в развитии человеческого потенциала, что нашло свое отражение в улучшении здоровья, более высоком уровне полученного образования и сокращении детской смертности.



© Joshua Cogan/PAHO

Демографический переход в арабских государствах, странах Азии и за их пределами

В 1990-х годах рождаемость стремительно снижалась в Иране, Ливии, Непале и Объединенных Арабских Эмиратах. Еще раньше рождаемость снизилась в Бангладеш, Индонезии, Кувейте, Ливане, Тунисе и на Шри-Ланке.

При этом в Бангладеш, Индии, Индонезии, Иране и Турции отмечалось существенное снижение младенческой и детской смертности, отчасти вследствие более широкого охвата системами

Рождаемость зависит от места жительства (крупный город или сельская местность), уровня дохода и образования, особенно среди женщин.

здравоохранения, экономического развития, сокращения масштабов нищеты и увеличения поступления лиц женского пола в начальные и средние школы (Khuda et al., 2001; Abbasi-Shavazi et al., 2009; James, 2011; Hull, 2012, 2016; Jones, 2015; Guilмото, 2016; Yüceşahin et al., 2016). Понижение младенческой и детской смертности устранило один из движущих факторов стремления иметь многодетную семью в этих странах. В этих странах также осуществлялись крупномасштабные национальные программы в области планирования семьи, которые внесли свой вклад в снижение рождаемости (Hull and Hull, 1997; Akin, 2007; Abbasi-Shavazi et al., 2009; Hayes, 2012; Jones, 2015; Khuda and Barkat, 2015).

Индию следует упомянуть особо: хотя коэффициент суммарной рождаемости в среднем по стране в целом составляет 2,3 деторождения в расчете на одну женщину, он превышает 3,0 в штатах Уттар-Прадеш, Бихар,

Мадхья-Прадеш и находится ниже уровня простого воспроизводства населения в штатах Махараштра и Западная Бенгалия, а также в четырех южных штатах. 50 процентов населения страны проживает в штатах с рождаемостью ниже уровня простого воспроизводства (James, 2011). Во многих административных районах Индии рождаемость находится ниже уровня простого воспроизводства населения, но в то же время в половине этих районов рождаемость находится на уровне не менее 3,0 деторождения в расчете на одну женщину (Mohanty et al., 2016) В 2007 году рождаемость в индийских городах сократилась до отметки ниже уровня простого воспроизводства населения.

В разных частях Индии зафиксированы разные показатели рождаемости, при этом не отслеживается прямая зависимость от уровня дохода, поскольку, по всей вероятности, эти показатели зависят от множества факторов.

© Robert Wallis/Panos Pictures



В штатах Керала и Тамилнад, например, несмотря на невысокие темпы экономического роста отмечалось значительное снижение рождаемости. В сравнении с другими штатами проявления гендерного и экономического неравенства зафиксировано меньше, при этом регионы переживают период стремительного социального развития (Visaria, 2009; Pande et al., 2012). Несмотря на более медленный экономический рост, соседняя Шри-Ланка также испытала снижение рождаемости (Jayasuriya, 2014).

Рождаемость в странах, рассматриваемых в настоящей главе, зависит от места жительства (крупный город или сельская местность), уровня дохода и образования, особенно среди женщин. Рождаемость, как правило, выше среди менее образованных женщин, чем среди женщин, получивших по крайней мере среднее

образование (диаграмма 19). В странах, где понижение рождаемости зависит от повышения уровня образования в меньшей степени, программы добровольного планирования семьи осуществлялись на протяжении многих лет и охватили все слои населения. А в некоторых из этих стран рождаемость оказалась ниже по причине высокой распространенности абортов.

В Бангладеш, Индии, Индонезии и Иране переход к уменьшению размера семьи также объясняется большей поддержкой реализации репродуктивных прав. Например в Иране расширение услуг по охране репродуктивного здоровья в сельской местности, наряду с увеличением числа вариантов использования различных методов контрацепции, позволили большему количеству людей принять собственное решение о числе беременностей и интервалах между ними. В Бангладеш важную

ДИАГРАММА 19

Различия в рождаемости в разбивке по уровню образования среди женщин в возрасте 30–34 лет, проживающих в отдельных странах с показателем рождаемости близким к уровню простого воспроизводства населения, самые последние из имеющихся данных (старшие классы средней школы = 1,00)

СТРАНА	БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ	НЕЗАВЕРШЕННОЕ НАЧАЛЬНОЕ	ЗАВЕРШЕННОЕ НАЧАЛЬНОЕ	НЕПОЛНОЕ СРЕДНЕЕ	ПОЛНОЕ СРЕДНЕЕ	ПОСЛЕСРЕДНЕЕ
Бахрейн	3,08	1,70	1,53	0,86	1,00	1,09
Бангладеш	1,41	1,39	1,26	1,15	1,00	1,05
Индия	2,18	1,50	1,54	1,37	1,00	1,25
Индонезия	1,06	1,15	1,18	1,12	1,00	1,14
Иран	1,80	1,80	1,80	1,24	1,00	0,83
Кувейт	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,89
Ливан	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,89
Ливия	2,12	1,69	1,45	1,26	1,00	1,03
Малайзия	1,26	1,24	1,20	1,03	1,00	0,82
Мьянма	2,06	1,94	1,61	1,28	1,00	0,72
Непал	2,06	1,74	1,39	0,99	1,00	0,96
Катар	1,43	1,43	1,43	1,18	1,00	0,90
Шри-Ланка	1,66	1,39	1,28	1,11	1,00	0,95
Тунис	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,89
Турция	2,55	1,70	1,50	1,02	1,00	0,76
Объединенные Арабские Эмираты	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,81
Узбекистан	1,11	1,11	1,11	1,09	1,00	0,81

Источник: Lutz et al. (2014)

Рождаемость, как правило, выше среди менее образованных женщин, чем среди женщин, получивших по крайней мере среднее образование.

роль в охране репродуктивного здоровья и обеспечении того, чтобы женщины располагали возможностью и средствами принять решение о том, стоит ли беременеть, и если да, то когда и как часто, сыграли неправительственные организации. В Индонезии в конце 1990-х годов сфера охвата национальной программы в области планирования семьи расширилась за счет услуг по планированию семьи на уровне общин (Hull and Hull, 1997).

Хотя во многих из этих стран осуществляются масштабные национальные программы в области планирования семьи, многие люди и супружеские пары сталкиваются с препятствиями при получении доступа к услугам. Одним из таких препятствий является ограниченность набора вариантов контрацепции.

Рождаемость и роль брачных отношений

В странах Южной Азии, некоторых арабских государствах и ряде других густонаселенных стран, таких как Индонезия, Иран и Турция, брачные отношения и сроки вступления в брак оказывают значительное влияние на размер семьи, поскольку рождение детей вне брака в этих странах случается редко. Рождение детей в этих странах обычно происходит вскоре после заключения брака. Хотя средний возраст заключения брака в этих странах растет, вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте по-прежнему широко распространено, особенно в Бангладеш, Индии, Индонезии и Непале (диаграмма 20). Согласно Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, которую ратифицировали все четыре вышеупомянутые страны, вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте является нарушением прав человека.



В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — ИРАН

«В наших сердцах мы знали, что мы хотим ребенка».

Сара, 35 лет



Преодоление экономических препятствий на пути к созданию семьи

© UNFPA/Reza Sayah

Сара Гхорбани говорит, что самая большая радость в ее жизни — это ее сын.

Однако она помнит те времена, когда материнство было только мечтой.

После двух лет брака муж Сары Фуад потерял работу; это произошло в то время, когда иранская экономика переживала серьезный спад, была высокая инфляция и безработица.

«Сперва я не хотела заводить ребенка, — сказала 35-летний косметолог, живущая вместе

с мужем в двухкомнатной квартире в ближнем пригороде Тегерана, столицы страны. — Я все время говорила, что нам будет трудно. Мы не были уверены том, что сможем заботиться о ребенке или правильно его воспитывать».

Но мечта завести ребенка никогда не покидала эту супружескую пару, и однажды они решили, что нельзя бесконечно ждать улучшения ситуации.

«В наших сердцах мы знали, что мы хотим ребенка. Эта мысль никогда не покидала нас, — говорит

Сара. — И мы решили: если мы хотим этого, мы можем сделать так, чтобы это произошло».

Пять лет назад у Сары и Фуада родился мальчик, которому дали имя Карен. Супруги в один голос говорят, что воспитание ребенка стало главной задачей их жизни, но они никогда не были более счастливы.

«Конечно, это трудно, но затем входит в привычку, — говорит Сара. — Как будто Бог вселяет в нас энергию и стойкость».

«Когда я смотрю на Карена и вижу, как он растет, мне действительно это нравится, — отмечает Фуад. — Я хотел завести ребенка до того, как стану слишком старым. Вот почему мы ни разу не пожалели о том, что сделали».

Сара и Фуад счастливы, что приняли решение ограничиться одним ребенком. Однако правительство только приветствовало бы, если бы Сара и Фуад завели больше детей. Это связано с тем, что в последние три десятилетия иранские супружеские пары заводят все меньше детей, а аналитики считают, что эта тенденция угрожает экономике страны.

«Это нас очень беспокоит, — говорит профессор педиатрии и бывший министр здравоохранения Ирана д-р Али Реза Маранди. — Низкая рождаемость может нанести серьезный урон будущему страны».

В 1980-х годах перед Ираном стояла совсем иная проблема. Специалисты-демографы



считают, что в то время супружеские пары заводили слишком много детей.

Маранди возглавил успешную кампанию, призванную замедлить рост рождаемости в Иране, которая на тот момент составляла примерно 7 деторождений в расчете на одну женщину — самый высокий уровень в истории страны. В рамках финансируемой правительством кампании по планированию семьи к 2003 году средний размер семьи сократился с почти 7 детей до менее 2.

Сегодня показатель суммарной рождаемости в Иране составляет 2,01 деторождения в расчете на одну женщину, что чуть ниже уровня 2,1, который считается необходимым для поддержания стабильной численности населения.

Маранди говорит, что будущий экономический рост зависит от супружеских пар, имеющих больше детей, поскольку в противном случае молодых работников, приступающих к трудовой деятельности или вносящих свой вклад в программы и услуги, обеспечивающие жизнь пожилых людей, может оказаться недостаточно.

«Производительная сила в экономике — это прежде всего молодежь. Если численность молодых людей продолжит уменьшаться, а пожилых людей — расти, всего через несколько лет мы можем достичь той переломной точки, когда окажемся не в состоянии прокормить пожилых людей и обеспечить уход за ними», — говорит Маранди.

В 2014 году правительство провело рекламную кампанию, побуждая молодые супружеские пары заводить больше детей. Плакаты, размещенные на уличных рекламных щитах в Тегеране, гласили: «Чем больше детей, тем больше счастья в жизни». Верховный лидер Ирана призвал иранцев заводить по «четыре ребенка или пять детей», чтобы внести свой вклад в развитие страны.

Со времени этой кампании коэффициент суммарной рождаемости в Иране немного увеличился, но аналитики и должностные лица

В последние три десятилетия иранские супружеские пары заводят все меньше детей, а аналитики считают, что эта тенденция угрожает экономике страны.

правительства говорят о том, что проблема все еще существует.

Многие молодые иранские женщины откладывают замужество, чтобы воспользоваться возможностью получить образование. Все больше мужчин говорят, что они не могут позволить себе жениться, и ждут улучшения ситуации в экономике.

Многие заключающие брак иранцы выбирают профессиональную карьеру вместо того, чтобы обзаводиться детьми.

Чтобы обеспечить своего сына, Сара и Фуад работают полный рабочий день, и их по-прежнему беспокоит будущее иранской экономики, но при этом они говорят, что являются доказательством того, что даже в отсутствие идеальной ситуации можно вступить в брак, завести детей и жить счастливо.

«Я считаю, что если чего-то действительно хочешь, можно сделать так, чтобы это произошло. Самое главное — это захотеть», — говорит Сара.

Сам факт того, что у нас есть ребенок, которого родила я, — это замечательно. Благодаря ему все неприятности, случившиеся за день, уходят на задний план».

Во всех этих странах непреднамеренные беременности способствуют увеличению показателя рождаемости. Если бы нежеланные беременности можно было полностью устранить с помощью таких мер, как расширение доступа к противозачаточным средствам, усредненные коэффициенты рождаемости снизились бы на более чем 0,5 деторождения в расчете на одну женщину (диаграмма 21).

В Бангладеш уровень как желанных, так и нежеланных деторождений неуклонно снижался начиная с середины 1990-х годов. Это отражает общее желание заводить меньше детей, а также воздействие политики и предоставляемых услуг, расширяющих права и возможности отдельных людей и супружеских пар принимать собственные решения о размере своей семьи. В Непале показатели желанных и нежеланных деторождений тоже снизились.

В Индии за период 2005–2015 годов уровень нежеланных деторождений резко упал с 0,8 до 0,4 деторождения в расчете на одну женщину, что является свидетельством склонности супружеских пар к использованию средств, позволяющих предотвратить беременность и сохранить в семье желаемое число детей. В Индонезии за период 1987–2015 годов

уровень желанных и нежеланных деторождений снизился незначительно, а это свидетельствует о том, что желаемый размер семьи в этой стране почти не изменился и что программы в области планирования семьи позволяют супружеским парам заводить столько детей, сколько они хотят.

Демографический переход в странах Латинской Америки и Карибского бассейна

Начиная с 1950-х годов демографические изменения в Латинской Америке и Карибском бассейне развивались крайне быстро. В большинстве стран региона демографический переход находится на продвинутой стадии и характеризуется низкой младенческой смертностью и низкой рождаемостью на уровне простого воспроизводства населения, которые были достигнуты за последние 40 лет или в более короткие сроки. До этого в ряде стран рождаемость составляла 6 деторождений в расчете на одну женщину. Соответственно, на сегодняшний день у многих женщин старшего поколения история деторождений значительно отличается от того, что наблюдается у их дочерей, вступающих в свой репродуктивный возраст.

ДИАГРАММА 20

Средний возраст вступления в первый брак и пропорциональная доля женщин, когда-либо состоявших в браке в возрасте 15–19 и 30–34 лет, отдельные страны

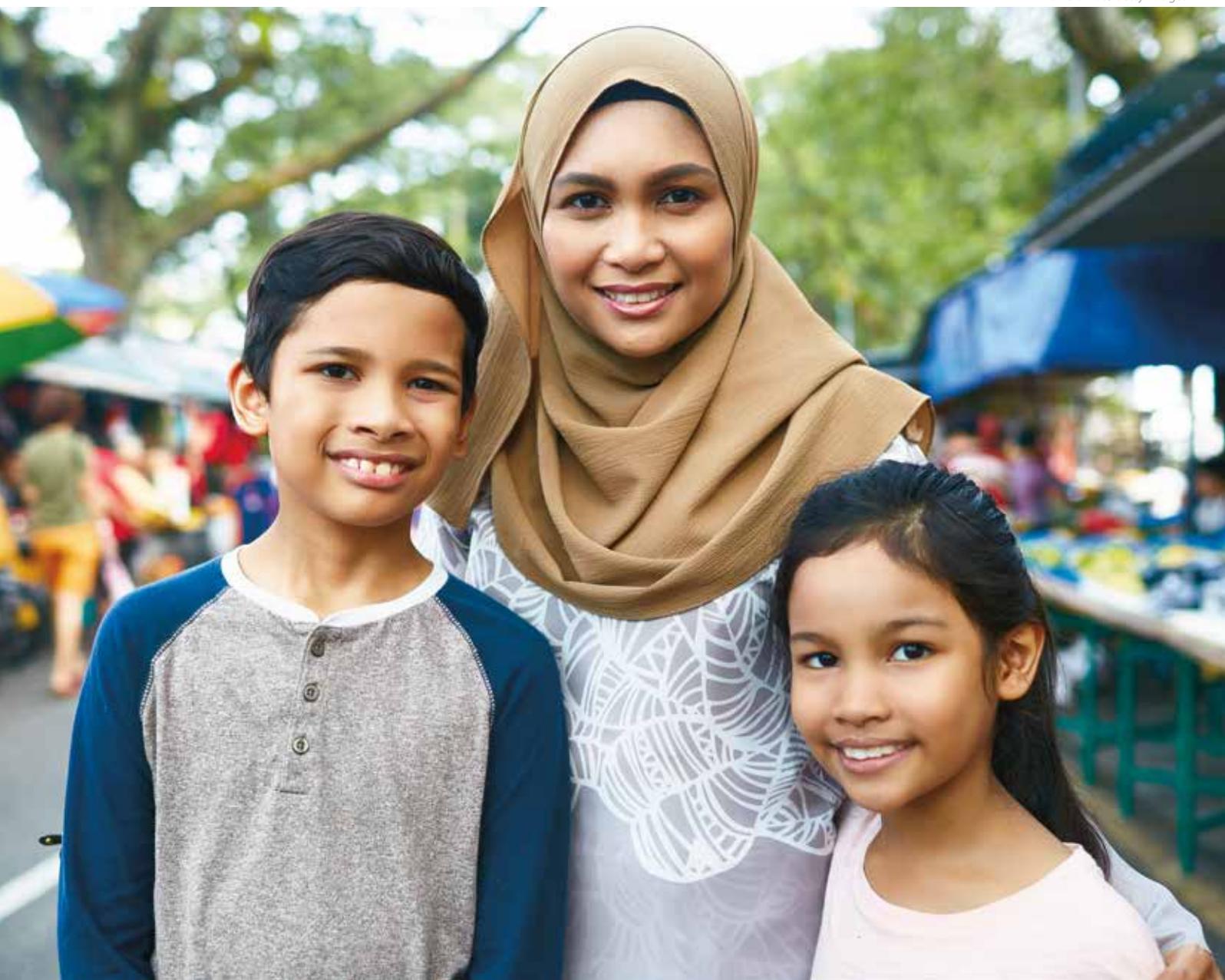
СТРАНА	СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ ВСТУПЛЕНИЯ В БРАК У ЖЕНЩИН	ГОД	ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ ЖЕНЩИН, СОСТОЯЩИХ ИЛИ СОСТОЯВШИХ В БРАКЕ	
			ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА 15–19 ЛЕТ	ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА 30–34 ГОДА
Бангладеш	19,2	2012	35,5	99,2
Индия	20,7	2011	21,5	97,3
Индонезия	21,8	2012	13,3	95,5
Иран	23,5	2011	21,4	84,5
Кувейт	27,5	2005	5,0	67,3
Малайзия	25,7	2010	4,1	82,1
Мьянма	23,6	2014	13,0	79,2
Непал	20,7	2014	24,5	97,1
Шри-Ланка	23,6	2006	9,2	89,2
Тунис	28,5	2012	1,3	66,3
Турция	24,2	2013	6,7	88,0
Объединенные Арабские Эмираты	25,3	2005	6,8	85,3
Узбекистан	22,4	2002	5,1	98,2

Источник: United Nations (2017a)

Уровни желанных и нежеланных деторождений в отдельных странах с суммарной рождаемостью близкой к уровню простого воспроизводства населения

СТРАНА	КОЭФФИЦИЕНТ СУММАРНОЙ РОЖДАЕМОСТИ	УРОВЕНЬ ЖЕЛАННЫХ ДЕТОРОЖДЕНИЙ	УРОВЕНЬ НЕЖЕЛАННЫХ ДЕТОРОЖДЕНИЙ	ГОД *
Азербайджан	2,0	1,8	0,2	2006
Бангладеш	2,3	1,7	0,6	2014
Индия	2,2	1,8	0,4	2015/16
Индонезия	2,6	2,2	0,4	2012
Мьянма	2,3	2,0	0,3	2016
Непал	2,3	1,7	0,6	2016
Турция	2,2	1,6	0,6	2003

*Последнее по времени обследование в области демографии и здравоохранения



В 12 странах Латинской Америки, на долю которых приходится 85 процентов населения региона, коэффициенты рождаемости находятся в диапазоне от 1,8 до 2,5 деторождения в расчете на одну женщину.

Эти страны имеют общую историю, уходящую корнями в колониальный период, а также общие языки, одну религию и схожие политические системы. Основным движущим фактором экономического развития этих стран является экспорт сельскохозяйственной продукции, минералов и ископаемых видов топлива. Большинство из них испытывают трудности в обеспечении всем слоям населения качественных услуг образования и здравоохранения, включая охрану репродуктивного здоровья.

В этих странах также наблюдается высокий уровень урбанизации: 80 процентов населения проживают в крупных городах. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляет 75,2 года, а общий показатель младенческой смертности равен 16,6 случая смерти на 1 000 живорождений. Доля людей

в возрасте старше 60 лет в общей численности населения продолжает увеличиваться.

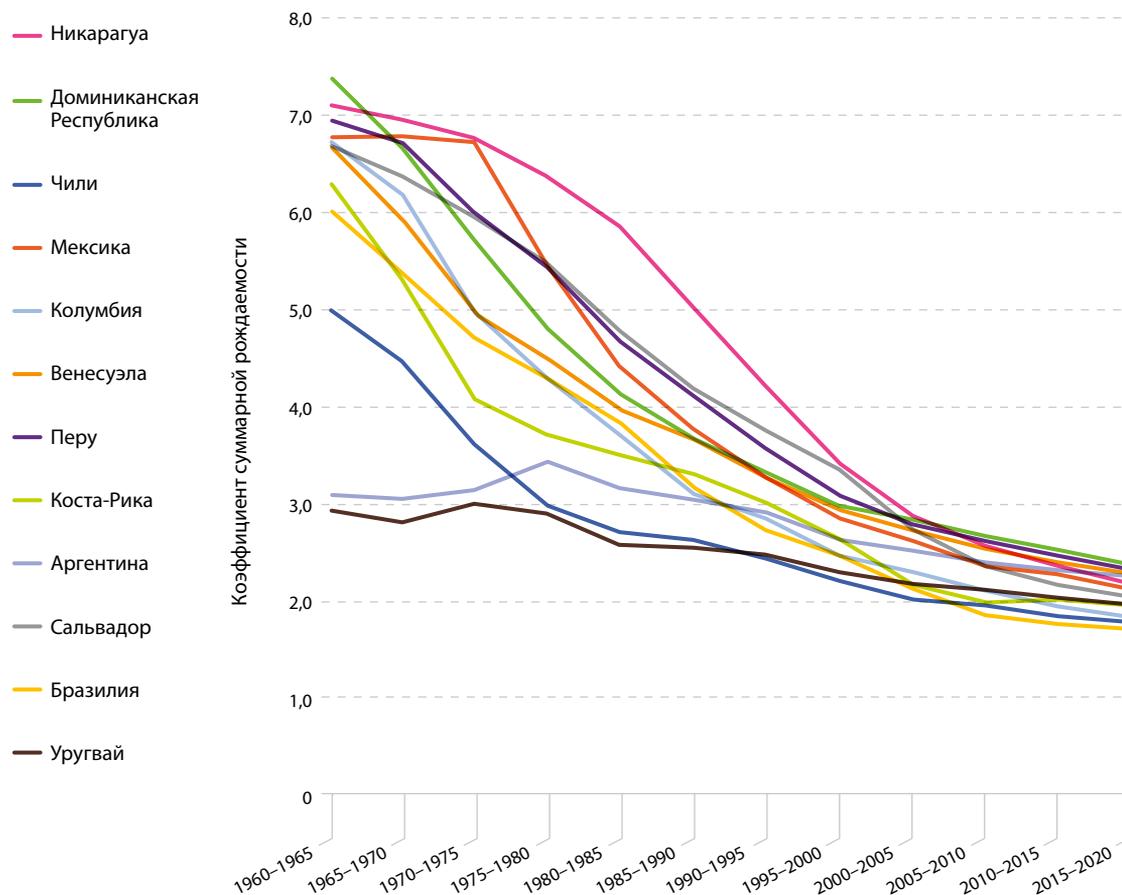
Эти страны характеризуются этническим разнообразием: в одних проживает много людей из числа коренных народов, в других — потомков выходцев из Африки.

Хотя модели снижения рождаемости в этих странах были сходными, исходные уровни, сроки и темпы этого снижения различались (диаграмма 22). В Аргентине и Уругвае, к примеру, в 1960-годах отмечалась относительно низкая рождаемость, которая по большей части сохранилась и в 1980-х годах. В других странах — Бразилии, Венесуэле, Доминиканской Республике, Колумбии, Коста-Рике и Чили — этот переход произошел крайне быстро в 1960-х годах, но затем снижение рождаемости замедлилось. А в таких странах, как Мексика, Никарагуа, Перу и Сальвадор, снижение рождаемости шло медленно в 1960-х годах, но спустя два десятилетия стало стремительным.

Показатели рождаемости различаются в зависимости от места жительства и уровня полученного образования (диаграмма 23).



Коэффициенты фактической и прогнозируемой суммарной рождаемости в 12 странах Латинской Америки и Карибского бассейна, 1960–2020 годы



Источник: United Nations (2017)

В Бразилии, к примеру, рождаемость составляет примерно одно деторождение в расчете на одну женщину среди женщин, получивших как минимум среднее образование, и три деторождения в расчете на одну женщину среди наименее образованных женщин. Аналогичная взаимосвязь между повышением уровня полученного образования и уменьшением числа детей в семье наблюдается и в других странах Латинской Америки, а многие из наиболее образованных женщин предпочитают вообще не обзаводиться детьми (Rosero-Vixby et al., 2009).

В 12 странах Латинской Америки и Карибского бассейна, рассматриваемых в настоящей главе, показатель рождаемости среди подростков

в возрасте 15–19 лет и молодежи в возрасте 20–24 лет превышает показатели по этим возрастным группам в других частях мира с аналогичными коэффициентами суммарной рождаемости (диаграмма 24). Помимо этого, рождаемость в подростковом возрасте по сравнению с показателем суммарной рождаемости в странах Латинской Америки выше, чем в других странах (Rodriguez and Cavenaghi, 2014).

Беременность в этих 12 странах наступает вскоре после первого полового акта, а первые брачные союзы зачастую возникают незадолго до наступления беременности (зачастую непреднамеренной) или вскоре после зачатия.

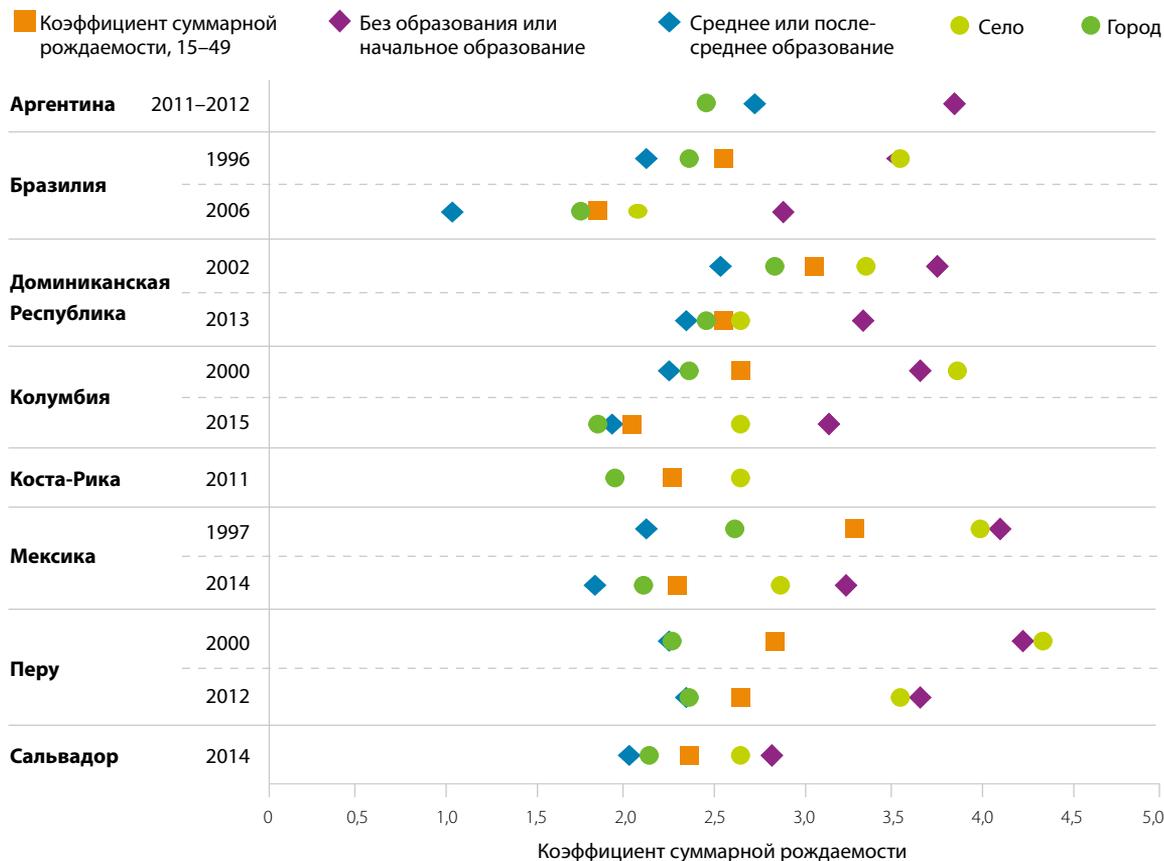


© UNFPA/NOOR/Sanne De Wilde

Поскольку многие женщины рожают своего первого ребенка на более раннем этапе своей жизни, большинство женщин предпочитают, чтобы их семья была малодетной, а широко распространенная модель реализации репродуктивной функции заключается в том, что чем раньше прекратить рожать детей, тем лучше. Но чтобы добиться этого, требуется не допускать никаких промахов в использовании противозачаточных средств на протяжении длительного периода. Беременности в раннем возрасте вынуждают многих малообеспеченных женщин отказаться от высшего образования и могут лишить их всех шансов получить высокооплачиваемую работу, тем самым увековечивая или усугубляя пребывание в нищете.

ДИАГРАММА 23

Коэффициенты суммарной рождаемости в городских и сельских районах в разбивке по уровню образования в отдельных странах Латинской Америки



Источники: DHS, USAID (2018), кроме Бразилии (Национальное обследование в области демографии и здравоохранения 2006 года)

Желание иметь семью меньшего размера

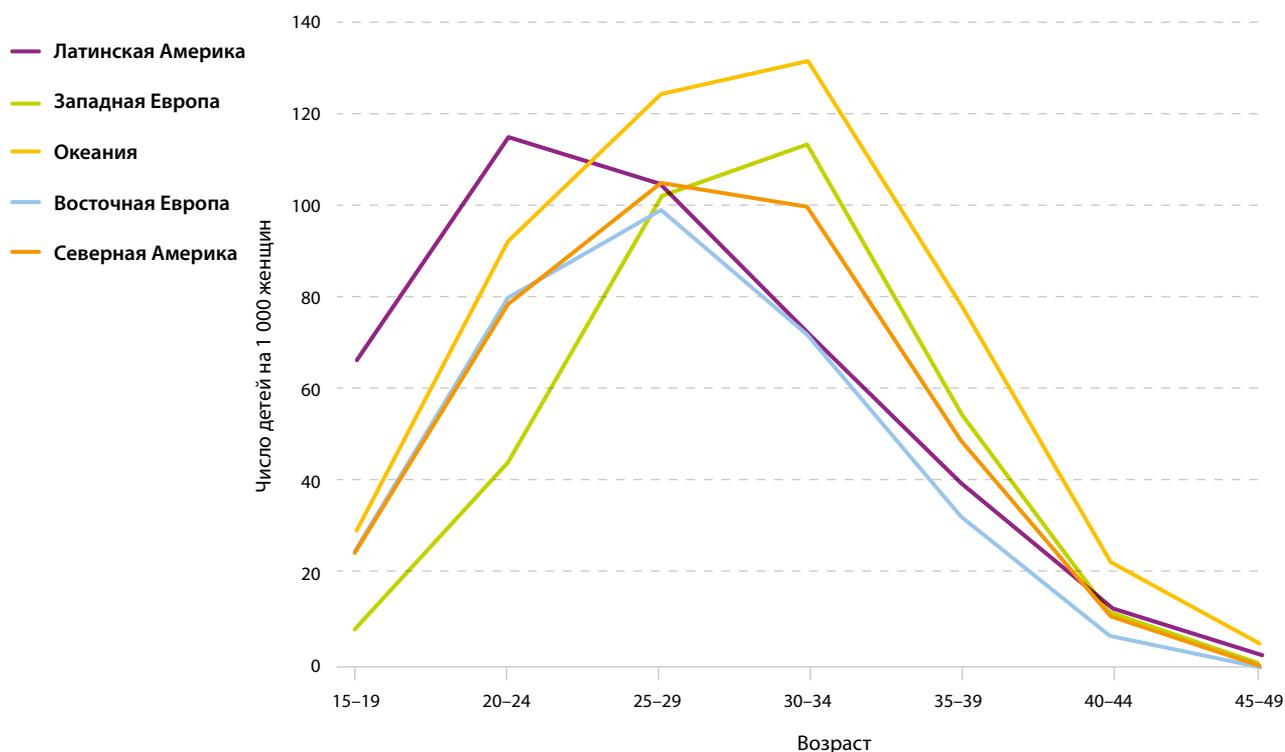
В 1960-х годах правительства, как правило, не видели ничего плохого в высоком уровне рождаемости и последующем росте численности населения. Для некоторых из них рост численности населения открывал путь к захвату новых территорий и их освоению. Этот подход нашел свое отражение в таких лозунгах как «приведем безземельных людей на безлюдные земли» (Alves and Martine, 2017).

Хотя некоторые правительства хотели, чтобы супружеские пары заводили больше детей, отдельным людям, как правило, хотелось, чтобы детей у них было меньше. Уже в 1960-х годах, когда рождаемость в регионе Латинской Америки и Карибского бассейна в целом составляла примерно 6 деторождений в расчете на одну женщину, люди стремились к тому, чтобы их семьи были не столь многочисленными (CELADE and CFSC, 1972; Simmons et al., 1979; Rodriguez et al., 2017).

В 1970-е годы исследования по некоторым странам Латинской Америки показали, что наблюдаемая рождаемость находилась на уровне примерно 5 деторождений в расчете на одну женщину, но желаемый уровень был ближе к четырем (United Nations, 1987). В других странах многие женщины хотели прекратить обзаводиться детьми после рождения их второго или третьего ребенка (CEPAL, 1992). Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что во многих случаях — главным образом в сельских районах — женщины имели больше детей, чем хотели (диаграмма 25). Малообеспеченные женщины и женщины, проживающие в сельской местности или происходящие из общин коренных народов, также предпочитают меньшие по размеру семьи, но не располагают достаточной информацией, возможностями и средствами, чтобы предотвратить или отсрочить наступление

ДИАГРАММА 24

Возрастные коэффициенты рождаемости в отдельных регионах, 2010–2015 годы



Источник: United Nations (2017)

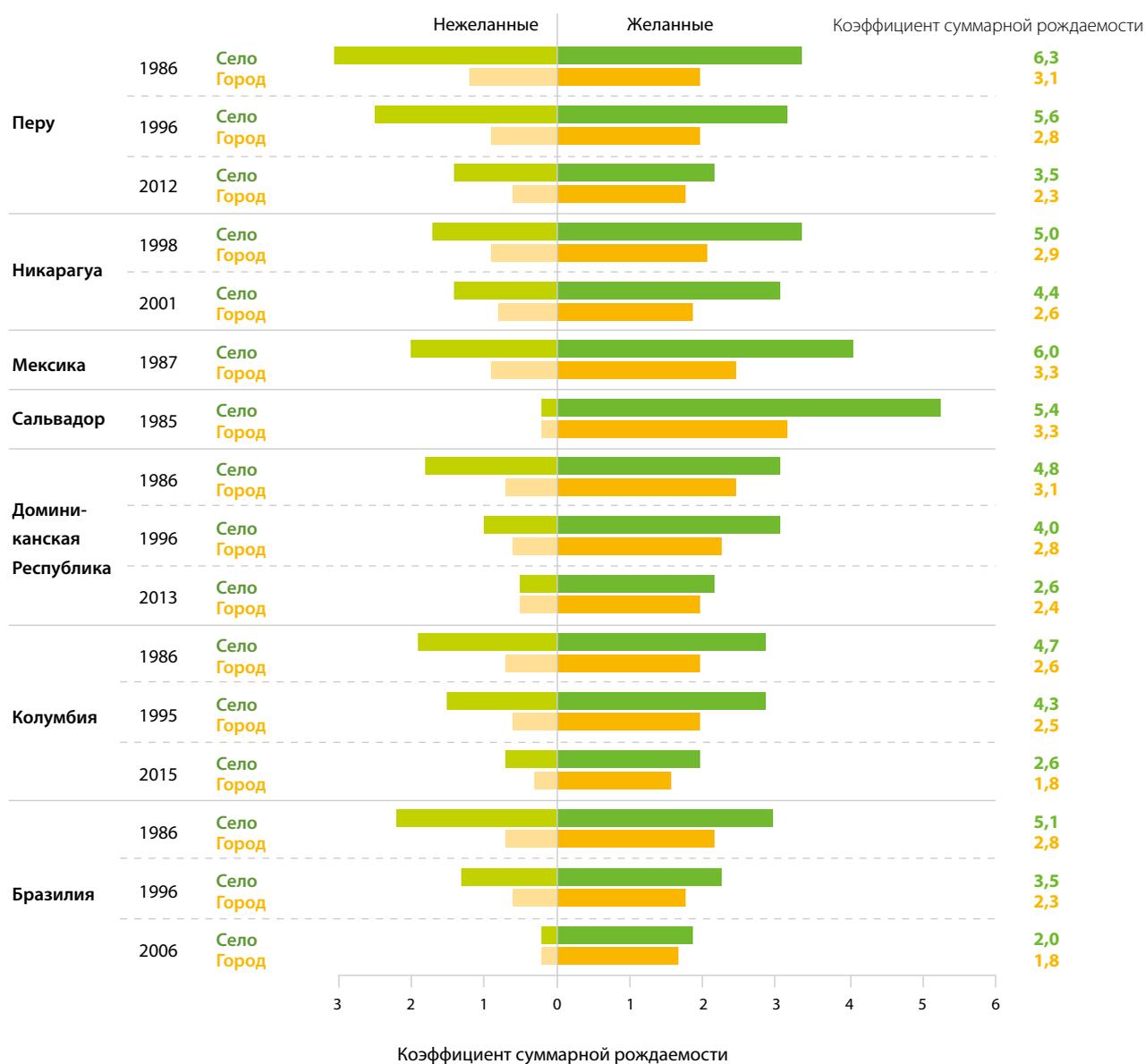
беременности (Miró and Potter, 1980; Welti Chanes, 2006; Rodriguez-Vignoli and Cavenaghi, 2017).

Более свежие данные свидетельствуют о том, что на момент рождения ребенка примерно 50 процентов деторождений в регионе Латинской Америки и Карибского бассейна являются желанными, но при этом остальные семьи хотели бы завести ребенка в более поздний период, а некоторые супружеские пары

желали бы вообще не обзаводиться детьми. Это означает, что на непреднамеренные и незапланированные беременности приходится значительная доля от общего количества беременностей (диаграмма 26) и что многие люди и семейные пары не в состоянии реализовать свое право самостоятельно решать вопрос о числе беременностей и интервалах между ними.

ДИАГРАММА 25

Коэффициенты желанной и нежеланной рождаемости в городских и сельских районах отдельных стран Латинской Америки и Карибского бассейна



Источники: DHS, USAID (2018), кроме Бразилии (Национальное обследование в области демографии и здравоохранения 2006 года)

Между тем женщины в этом регионе, как правило, несут непропорционально большую ответственность за воспитание детей. Эта гендерно неравноправная норма, наряду с ограниченным количеством вариантов обеспечения ухода за детьми, означает, что женщины, которые хотят, с одной стороны, сохранить рабочее место, а с другой — иметь детей, могут быть вынуждены перейти на низкооплачиваемую работу с неполной занятостью вместо того, чтобы заниматься развитием профессиональной карьеры в областях с более высоким уровнем зарплаток. Для некоторых женщин издержки, связанные с упущенными возможностями, становятся чрезмерными, в результате чего они принимают решение никогда не обзаводиться детьми. Отсутствие доступных по цене вспомогательных репродуктивных технологий, таких как экстракорпоральное оплодотворение, является еще одним препятствием, с которым некоторые женщины сталкиваются при реализации своих целей в области рождения детей.

Возможность и средства

Некоторые правительства первоначально выступали против программ планирования семьи и объединялись с религиозными учреждениями с целью воспрепятствовать реализации таких

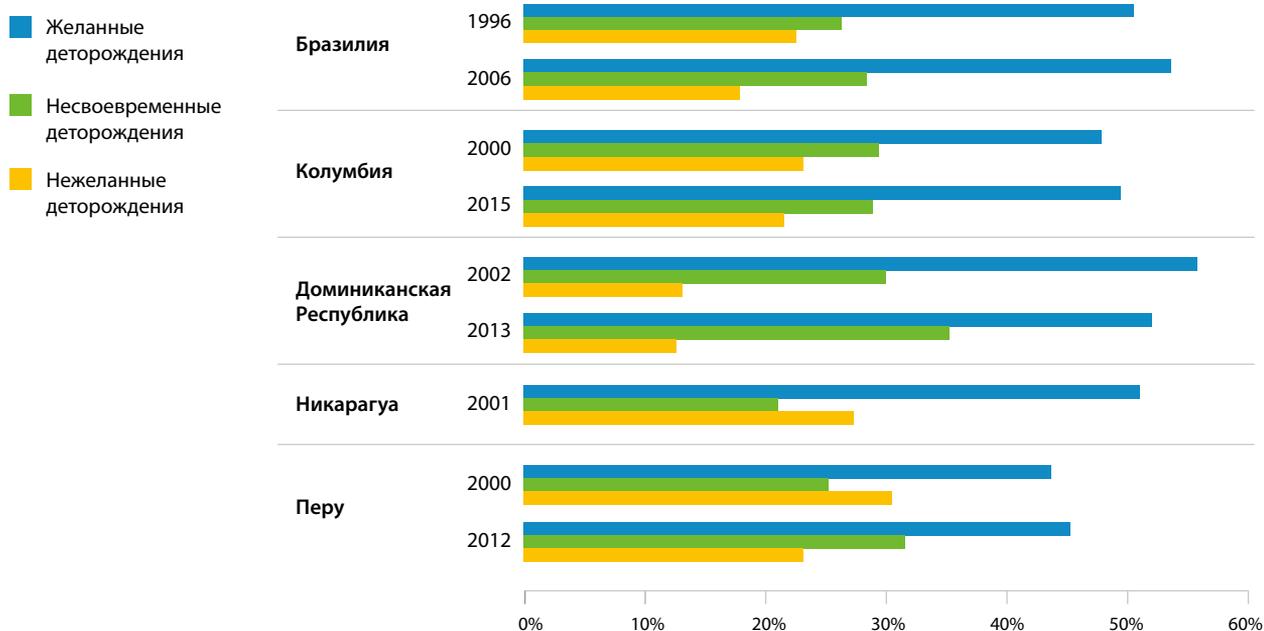
программ (Taucher, 1979). Кроме того, действуя главным образом в период до Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года, некоторые феминистские группы также выступали против реализации программ планирования семьи в регионе, поскольку считали распространение противозачаточных средств средством контроля над женщинами вопреки их воле (Alves and Correa, 2003).

В 1959 году Мексика первой из 12 стран этой группы приступила к реализации национальной программы планирования семьи. В последующие три года такие программы начали осуществлять Венесуэла, Гондурас, Уругвай и Чили. В 1968 году их примеру последовали Никарагуа и Перу.

Несмотря на противодействие осуществлению национальных программ планирования семьи, инициированных правительствами ряда стран, с течением времени использование противозачаточных средств получило более широкое распространение, и они стали доступны благодаря деятельности частных поставщиков услуг (диаграмма 27). В таких странах, как Мексика, Перу и Чили, контрацепция также доступна в рамках национальных программ планирования семьи.

ДИАГРАММА 26

Процентное распределение желанных, нежеланных или несвоевременных деторождений в пяти странах



Источники: DHS, USAID (2018), кроме Бразилии (Национальное обследование в области демографии и здравоохранения 2006 года)

Сравнительно низкий уровень рождаемости, наблюдаемый в Аргентине и Уругвае на протяжении последних 50 лет, объясняется применением противозачаточных средств, получивших широкое распространение в этих странах еще до 1960-х годов (Martinez-Alier and Masjuan, 2004). На раннем этапе женщины Аргентины и Уругвая полагались на барьерные методы, такие как презервативы, но многие также нередко прибегали к небезопасным абортам, на долю которых в этих странах приходилось соответственно 37 и 25 процентов случаев материнской смертности. Непреднамеренные беременности, заканчивающиеся абортами, зачастую были обусловлены непоследовательным использованием противозачаточных средств или отказом от контрацепции (CEPAL, 1992).

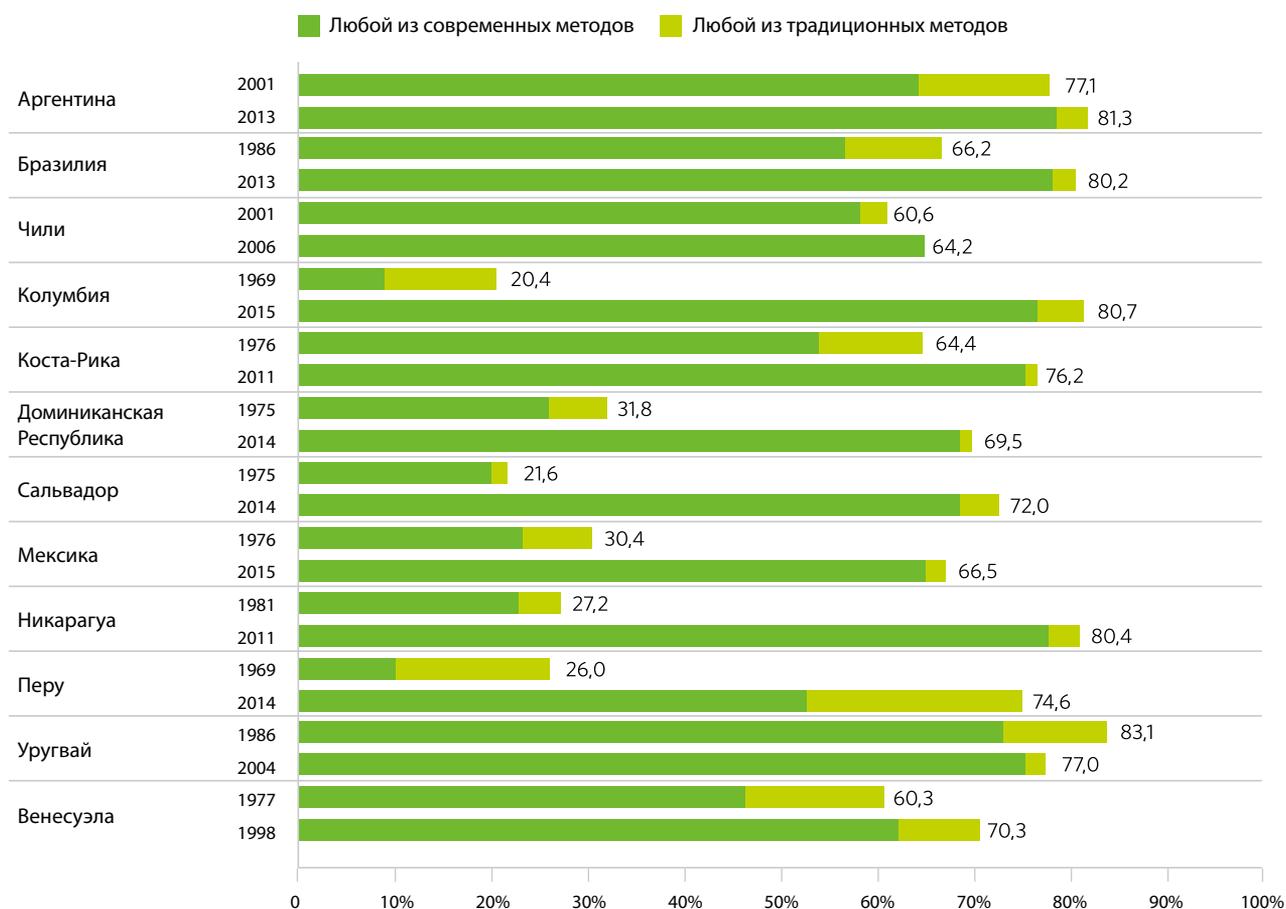
Программы планирования семьи не стали фактором снижения рождаемости в регионе, а скорее просто придали новый импульс тому снижению, которое уже наблюдалось среди наиболее привилегированных слоев общества. Если бы у женщин не было сильного желания ограничить количество детей в семье, рождаемость оставалась бы на более высоком уровне более длительное время, а ее снижение происходило бы гораздо медленнее (Martine et al., 2013).

Препятствия на пути к достижению желаемого размера семьи

Нынешний высокий уровень распространенности современных методов контрацепции в регионе (за исключением Перу, где каждая третья

ДИАГРАММА 27

Уровень распространенности современных и традиционных методов среди женщин, состоящих в официальном или гражданском браке, в 12 странах, согласно двум недавним оценкам



Источник: DHS, USAID (2018)

женщина применяет традиционный метод) — это лишь часть истории обеспечения доступа к противозачаточным средствам. Хотя некоторые формы контрацепции широко используются во всех странах региона, полный спектр вариантов контрацепции либо не применяется, либо недоступен (диаграмма 28). В целом в каждой из стран выбор, как правило, ограничивается двумя-тремя вариантами. Те женщины и мужчины, которые не могут получить доступ к желаемому методу или не осведомлены обо всем спектре имеющихся вариантов, могут выбрать неуместный в их ситуации способ контрацепции, или полностью отказаться от контроля рождаемости, что влечет за собой повышенный риск непреднамеренной беременности.

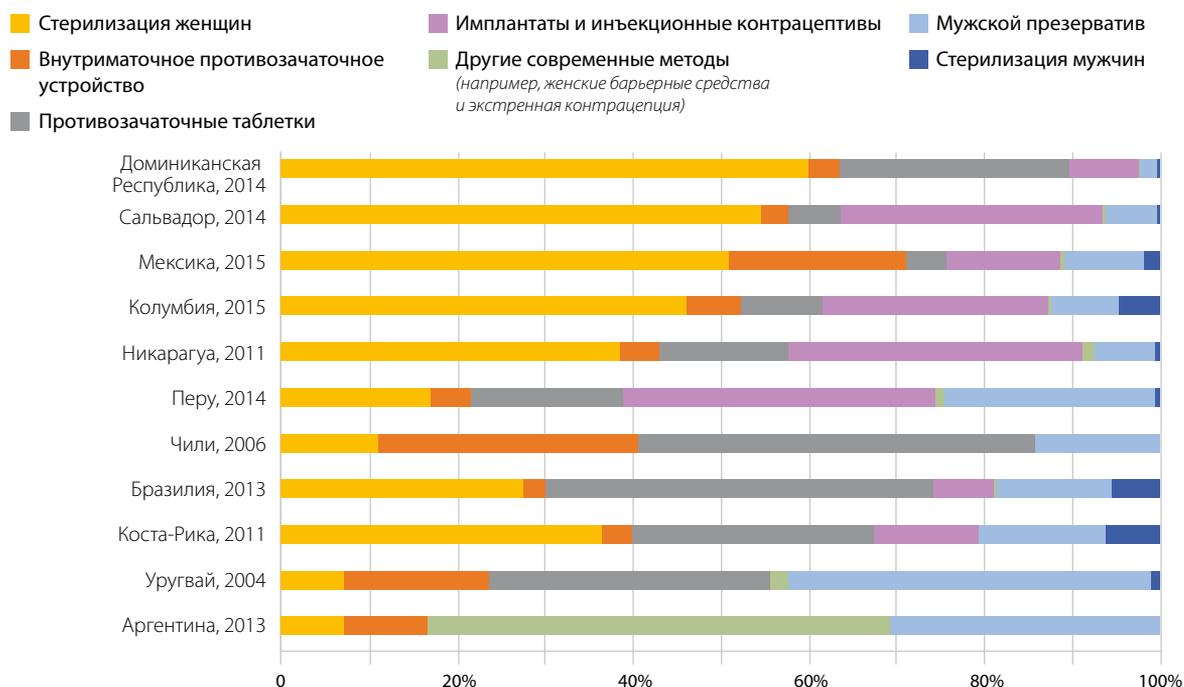
По мере роста дохода на душу населения в регионе международная помощь в целях развития, предоставляемая ряду стран, сократилась до минимума, в результате чего объемы финансирования национальных программ планирования семьи уменьшились. Несмотря на сокращение финансирования в

этих странах, благодаря частным поставщикам услуг женщины из домохозяйств с более высоким уровнем дохода по-прежнему располагают доступом к противозачаточным средствам. Менее обеспеченным женщинам, однако, пришлось использовать те методы, которые остались в наличии, или полностью отказаться от контрацепции. В таких странах, как Бразилия, некоторые методы контрацепции, например стерилизация, предлагаются женщинам сразу после родов с применением кесарева сечения, проведенных в государственном медицинском учреждении. Внутриматочные спирали являются менее распространенными в большинстве стран Латинской Америки, поскольку они не предоставляются или не применяются в государственных клиниках и, как правило, не рекомендуются врачами в частных клиниках.

Подростки обычно сталкиваются с трудностями в получении доступа к противозачаточным средствам, что вносит свой вклад в более высокие показатели беременности в подростковом возрасте. Эту проблему усугубляет ограниченность доступа

ДИАГРАММА 28

Методы контрацепции, применяемые женщинами репродуктивного возраста, состоящими в официальном или гражданском браке, в 11 странах, последние из имеющихся данных



Источник: United Nations (2017)

к всеобъемлющему половому просвещению, в рамках которого предоставляется соответствующая возрасту информация о репродуктивной функции человека и освещаются более общие гендерные вопросы и вопросы прав человека. Начало половой жизни в раннем возрасте, незащищенный секс, многочисленные случаи неэффективного применения противозачаточных средств и ранние гражданские браки также вносят свой вклад в высокие показатели рождаемости среди подростков в регионе (Rodriguez-Vignoli, 2017).

Беременность в подростковом возрасте в большей мере распространена среди малообеспеченных домохозяйств, однако эта тенденция может объясняться скорее неудовлетворенной потребностью в противозачаточных средствах, нежели желанием обзавестись детьми на ранних этапах жизни. Девочки из более зажиточных домохозяйств располагают более полной информацией об охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также более широким доступом к противозачаточным средствам; они даже могут иметь доступ к безопасным, хотя и незаконным услугам по прерыванию беременности (Rodriguez-Vignoli and Cavenaghi, 2017). В ряде стран несовершеннолетние, будь то малоимущие или зажиточные, располагают ограниченным доступом к экстренной контрацепции, и им, возможно, потребуется родительское разрешение, чтобы получить доступ к современным методам контрацепции, таким как противозачаточные таблетки.

Пониженная рождаемость и будущее

Стремительное снижение показателей рождаемости до уровня простого воспроизводства населения или более низкого уровня в тех странах, которые рассматриваются в настоящей главе, создает новые проблемы, требующие своего решения. Старение населения, например, является общей проблемой для всех стран. Правительства уже изучают возможность разработки политики или приступили к реализации политических установок, призванных способствовать адаптации экономики, систем здравоохранения и рынка рабочей силы к условиям увеличения пропорциональной доли пожилых людей в общей численности населения.

Динамика снижения рождаемости в ряде стран создает еще одну проблему, поскольку это означает, что все меньше молодых людей приступает к трудовой деятельности. Однако эта тенденция может открыть возможности для

инвестиций в образование в таких областях, как естественные науки, технологии, инженерное дело и математика, с тем чтобы лучше подготовить молодых людей трудоспособного возраста к тому, чтобы стать движущей силой развития новой глобальной экономики.

Создание условий, благоприятствующих тому, чтобы люди могли эффективно реализовать свои репродуктивные права, по-прежнему остается одной из главных задач, стоящих перед этими странами. Число непреднамеренных беременностей остается значительным. Хотя противозачаточные средства имеются в наличии практически повсеместно, выбор методов контрацепции по-прежнему ограничен. Молодые люди, не состоящие в браке, зачастую либо по закону, либо в силу обычаев исключаются из сферы охвата услугами в области планирования семьи. Миллионы беременностей продолжают заканчиваться абортными, многие из которых небезопасны и ставят под угрозу здоровье и жизнь женщин.

Обладание информацией, возможностями и средствами, необходимыми для того, чтобы самостоятельно принять решение о числе и времени беременностей, а также интервалах между ними, является одним из прав человека. Та мера, в какой это право соблюдается, сказывается на принятии решения о размере семьи и соответственно на показателях рождаемости. Соблюдение репродуктивных прав само по себе является достойной целью. Но меры, направленные на ее достижение, могут также обеспечить реализацию других прав человека и создать благоприятные условия для продвижения стран вперед по пути социального и экономического развития.

Расширение прав и возможностей отдельных людей и супружеских пар в странах с большой и растущей когортой молодежи, таких, например, как некоторые арабские государства и страны Азии, в том, что касается реализации желания ограничить количество детей в семье или обзавестись детьми на более позднем этапе своей жизни, может привести к демографическому сдвигу, потенциально способному сформировать демографический дивиденд, который, в свою очередь, может придать новый импульс развитию экономики и сокращению масштабов нищеты.

Наряду с этим обеспечение того, чтобы равным доступом к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья обладали все слои общества, может способствовать сокращению экономического неравенства в Латинской Америке и многих других странах мира (UNFPA, 2017).



За три поколения размер семьи в Бразилии сократился до двух детей

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — БРАЗИЛИЯ

© UNFPA/Debora Klempous

***«Акушерка приходила
уже после завершения
родов».***

Тереза, 87 лет

Родившаяся и выросшая в сельской местности неподалеку от небольшого города Санта-Мария-ду-Суасуи в штате Минас-Жерайс, Тереза Коррейя де Мело вышла замуж в 1949 году в возрасте 18 лет и вскоре забеременела. Она заметила изменения в своем теле, но не осознала, что происходит на самом деле. «Я даже не знала, что если спала с мужчиной, то рожу ребенка», — вспоминает Тереза, которой на сегодняшний день исполнилось 87 лет.

А в те времена в городке, где жила Тереза, не было служб, которые помогли бы ей принять осознанное решение об использовании противозачаточных средств и беременности. На протяжении своей жизни она беременела 22 раза, родила 15 детей и сделала семь аборт. Четырнадцать раз она рожала у себя дома.

«Иногда со мной никого не было, а акушерка приходила уже после завершения родов», — рассказывает Тереза.

Только на пятнадцатый раз она родила в больнице, расположенной в сельской местности неподалеку от Сан-Паулу, куда она переехала жить. Там она впервые в жизни увидела врача и узнала о противозачаточных средствах, которые, как она полагала, ей уже не понадобятся, поскольку ей исполнилось 46 лет. Но она не захотела рисковать и на следующий год дала согласие на хирургическую стерилизацию.

45-летняя дочь Терезы Маргарет Родригеш де Баррош Оливейра говорит, что столь большое количество беременностей, случившихся у ее матери, побудило ее взять ответственность за свою репродуктивную жизнь на себя. У сестры Маргарет также родилось больше детей, чем она планировала: «Она была печальной матерью-одиночкой с 6 детьми. А я просто не захотела, чтобы это случилось и со мной».

Чтобы предохраниться от непреднамеренной беременности, Маргарет и ее партнер пользовались презервативами, которые можно было получить в местном медицинском центре, где она работала младшей медсестрой по уходу за больными. В этом центре Маргарет узнала не только о контрацепции, но и о профилактике инфекций, передаваемых половым путем.

Маргарет было 32 года, когда она закончила медицинское училище. В тот год она и ее партнер решили, что они готовы создать семью. «Я рассчитала благоприятные для зачатия дни, и мы занялись сексом. Через 10 дней я узнала, что я беременна». Они решили завести второго ребенка через семь лет и на этом остановиться. Супружеская пара хотела сделать все, чтобы у тех детей, которые у них уже были, сложилась самая лучшая жизнь,

насколько это возможно. Маргарет начала принимать противозачаточные таблетки, но впоследствии переключилась на инъекционные контрацептивы, а затем перешла к использованию внутриматочного устройства. «Но мы по-прежнему пользовались презервативами просто для того, чтобы быть во всем уверенными», — говорит она.

38-летняя Арета Инеш Апаресида Феррейра Бэнто также приняла решение, что она хочет иметь двух детей. Родившись в Сан-Паулу, она планировала свои две беременности, первая из которых наступила через пять лет после того, как она вышла замуж. Она прекратила принимать противозачаточные таблетки, рассчитала дни овуляции и забеременела в течение месяца.

«Мы всегда принимали во внимание финансовые аспекты, связанные с рождением детей».

Арета Инеш Апаресида Феррейра Бэнто, 38 лет, Бразилия

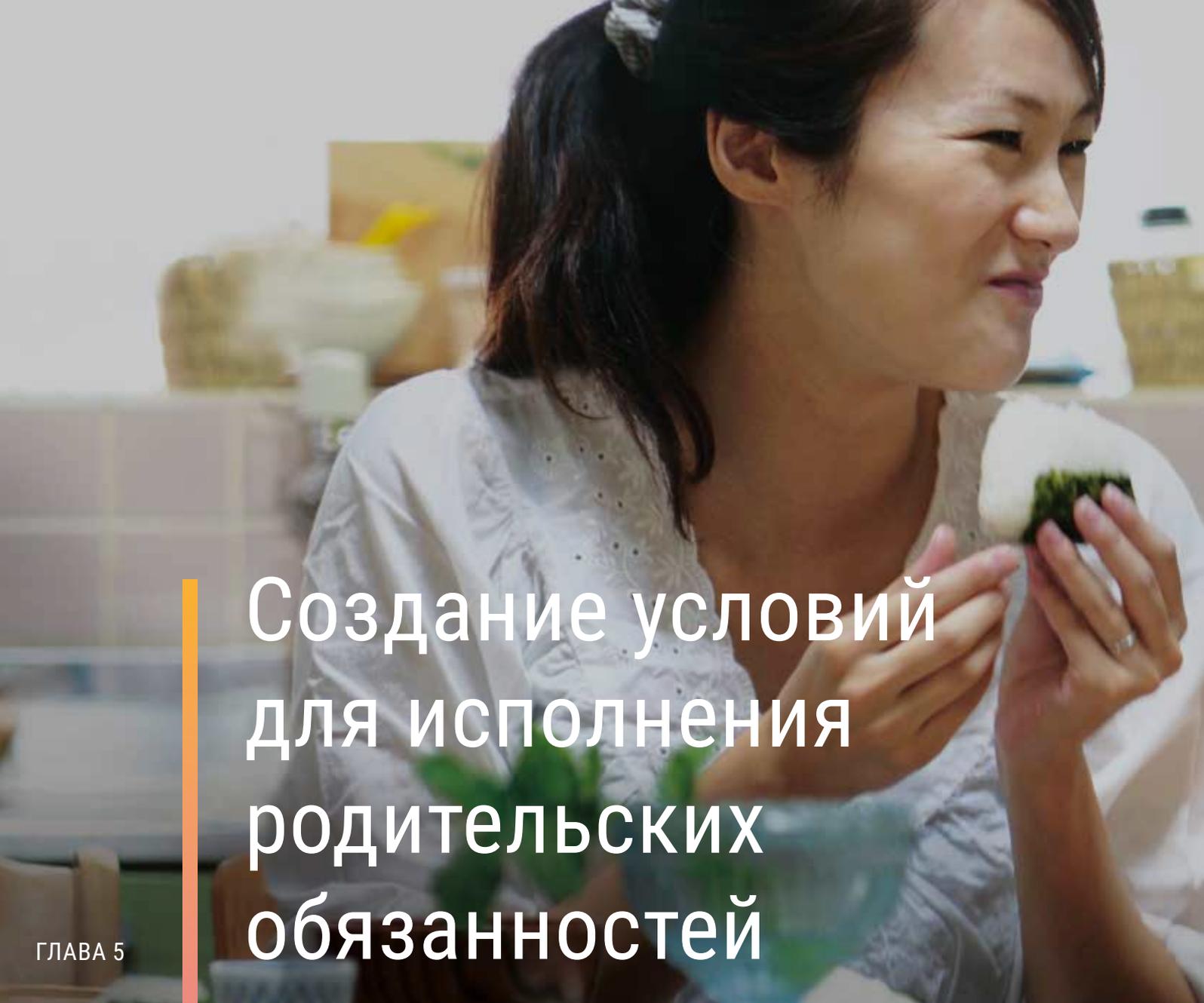
Во время беременности она продолжала работать, занимаясь вопросами государственной политики в городской ратуше своей общины. А вскоре после рождения дочери она и ее муж решили завести второго ребенка. «Мы всегда принимали во внимание финансовые аспекты, связанные с рождением детей, — говорит Арета. — Мы могли позволить себе завести только двух, и поэтому мой муж Рикардо прибег к вазэктомии».

Арета рассказывает, что она узнала о беременности и контрацепции из книг и разговоров с друзьями и медицинскими работниками. «У меня нет никаких воспоминаний о том, чтобы моя мать заговаривала с мной о половой жизни».

Мать Ареты 64-летняя Анжела Мария Дарио Феррейра подтверждает, что она никогда не обсуждала с дочерью вопросы секса. По ее словам, ее собственная мать тоже никогда не обсуждала с ней эти вопросы. Поскольку о половой жизни и беременности она ничего не знала, в первый раз она забеременела в 1972 году, когда ей было 18 лет и она еще училась в школе. После окончания средней школы она беременела еще три раза, в первый раз спустя два года после первой беременности. В больнице, где она работает в настоящее время, она узнала о контрацепции и получила противозачаточные средства. Больше она никогда не беременела.

© UNFPA/Debora Klempous





Создание условий для исполнения родительских обязанностей

ГЛАВА 5

На протяжении многих лет, если не десятилетий, в 53 странах и территориях мира рождаемость находится ниже уровня простого воспроизводства населения — менее 2,1 деторождения в расчете на одну женщину (диаграммы 29 и 30). Среди этих стран на сегодняшний день самая низкая рождаемость, составляющая 1,1 деторождения в расчете на одну женщину, зафиксирована в китайской провинции Тайвань.



© Eriko Koga/Getty Images

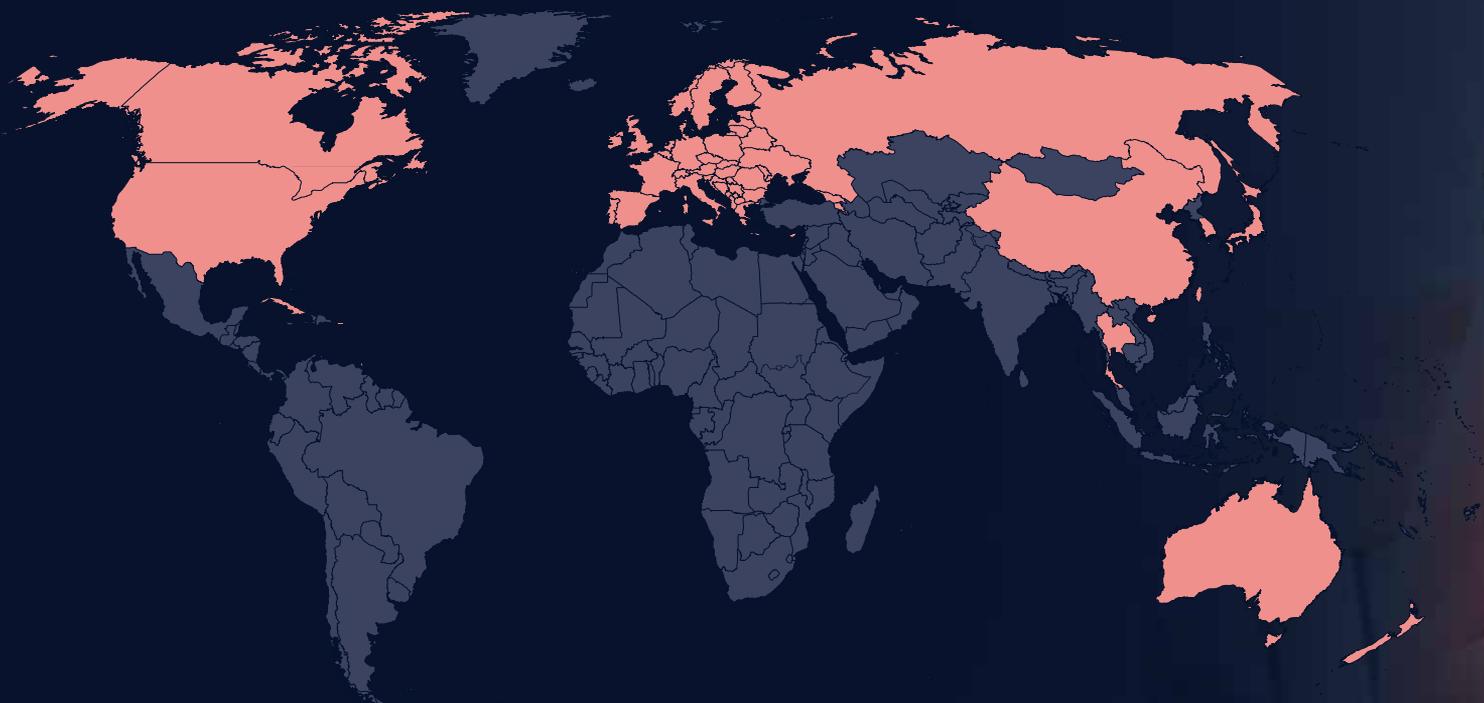
Феномен низкой рождаемости в этой группе стран и территорий, как правило, совпадает с ростом уровня полученного образования и бóльшим вниманием к осуществлению принципа равноправия женщин. Например, в ряде стран с более высоким уровнем дохода и низкой рождаемостью более половины молодых людей поступают в университет. Сегодня во всех развитых странах–членах Организации экономического сотрудничества и развития число женщин в возрасте 25–34 лет, получивших высшее образование, превосходит число мужчин (OECD, 2017).

Переход от многодетной к малодетной семье в этой группе стран и территорий позволил родителям уделять больше времени и направлять больше средств на охрану здоровья, развитие навыков и обеспечение благополучия своих детей. Это позволило женщинам завершить свое образование, трудоустроиться и начать выстраивать свою профессиональную карьеру прежде, чем принимать решение о создании семьи. Благодаря этому женщины становятся экономически независимыми (Goldin, 2006).

Низкая рождаемость не только является наглядным подтверждением того, что женщины,

СТРАНЫ С КОЭФФИЦИЕНТОМ РОЖДАЕМОСТИ

НЕ БОЛЕЕ **2,1** ДЕТОРОЖДЕНИЯ В РАСЧЕТЕ
НА ОДНУ ЖЕНЩИНУ



мужчины и супружеские пары научились эффективно предотвращать беременность и удлинять интервал между деторождениями, но также свидетельствует о сохраняющихся трудностях, с которыми сталкиваются женщины и мужчины, решающие завести семью или планирующие рождение своего очередного ребенка. В результате женщины, проживающие в странах с низким уровнем рождаемости, указывают на то, что они не имеют того числа детей, которое им хотелось бы. К препятствиям, мешающим созданию или расширению состава семьи, относятся финансовые затруднения, неудовлетворительные жилищные

условия и ограниченные возможности на рынке труда, а также отсутствие подходящих вариантов сочетания профессиональной карьеры и семейной жизни.

К проблемам, стоящим перед странами с низким уровнем рождаемости, относятся увеличение доли пожилых людей в общей численности населения и связанные с этим более высокие затраты в сфере здравоохранения, сокращение числа лиц трудоспособного возраста и потенциально более слабая экономика. В некоторых странах Европы и Восточной Азии низкий уровень рождаемости рассматривается



ДИАГРАММА 30

Коэффициенты суммарной рождаемости в 53 странах и территориях с низкой рождаемостью, 1980–2020 годы

- Восточная Азия (включая Китай)
- Западная Европа
- Австралия и Новая Зеландия
- Восточная Европа
- Северная Европа
- Южная Европа
- Северная Америка



Источник: United Nations (2017)

© Emma Innocenti/Getty Images

как угроза экономической безопасности, и в этой связи там предпринимаются попытки обратить эту тенденцию вспять посредством реализации политики, направленной на оказание поддержки семьям, предпочитающим заводить больше детей. В некоторых странах Восточной и Юго-Восточной Европы низкий уровень рождаемости и уменьшение численности населения рассматривается как угроза национальной безопасности.

Два из трех правительств более развитых стран считают рождаемость слишком низкой и проводят политику, направленную на ее

увеличение (United Nations, 2015). Некоторые страны реагируют на уменьшение численности населения проведением политики, направленной на привлечение мигрантов, особенно молодых людей, которые могут восполнить нехватку рабочей силы.

Хотя в большинстве из этих стран и территорий соблюдение репродуктивных прав способствовало снижению рождаемости, устранение оставшихся препятствий на пути реализации репродуктивных прав может дать большему количеству людей возможность заводить столько детей, сколько они хотят.

Тенденции

Во многих странах Европы спад рождаемости начался в конце XIX века. К 1970-м годам рождаемость снизилась в Австралии, Японии и всех высокоразвитых странах Европы и Северной Америки. В Китае рождаемость резко упала в 1970-е годы вследствие реализации политических мер, направленных на поощрение более поздних и менее частых деторождений, и введения в стране в 1979 году политики в области планирования семьи, которая, как правило, разрешала супружеским парам иметь всего одного ребенка. Такие страны, как Куба, Республика Корея и Таиланд, присоединились ко все расширяющейся группе стран с рождаемостью ниже уровня простого воспроизводства населения в 1980-х и 1990-х годах. Примерно в то же время страны Южной, Восточной и Центральной Европы с низкой рождаемостью стали свидетелями того, что коэффициент суммарной рождаемости падает еще ниже — иногда до уровня 1,3 деторождения в расчете на одну женщину и остается на этом уровне в течение нескольких десятилетий (Kohler et al., 2002; Goldstein et al., 2009).

Пять стран или территорий с самым низким коэффициентом суммарной рождаемости в мире расположены в Восточной Азии и Юго-Восточной Азии. В 1990-х и 2000-х годах в крупнейших городах Китая рождаемость снижалась до 0,8 (Guo and Gu, 2014).

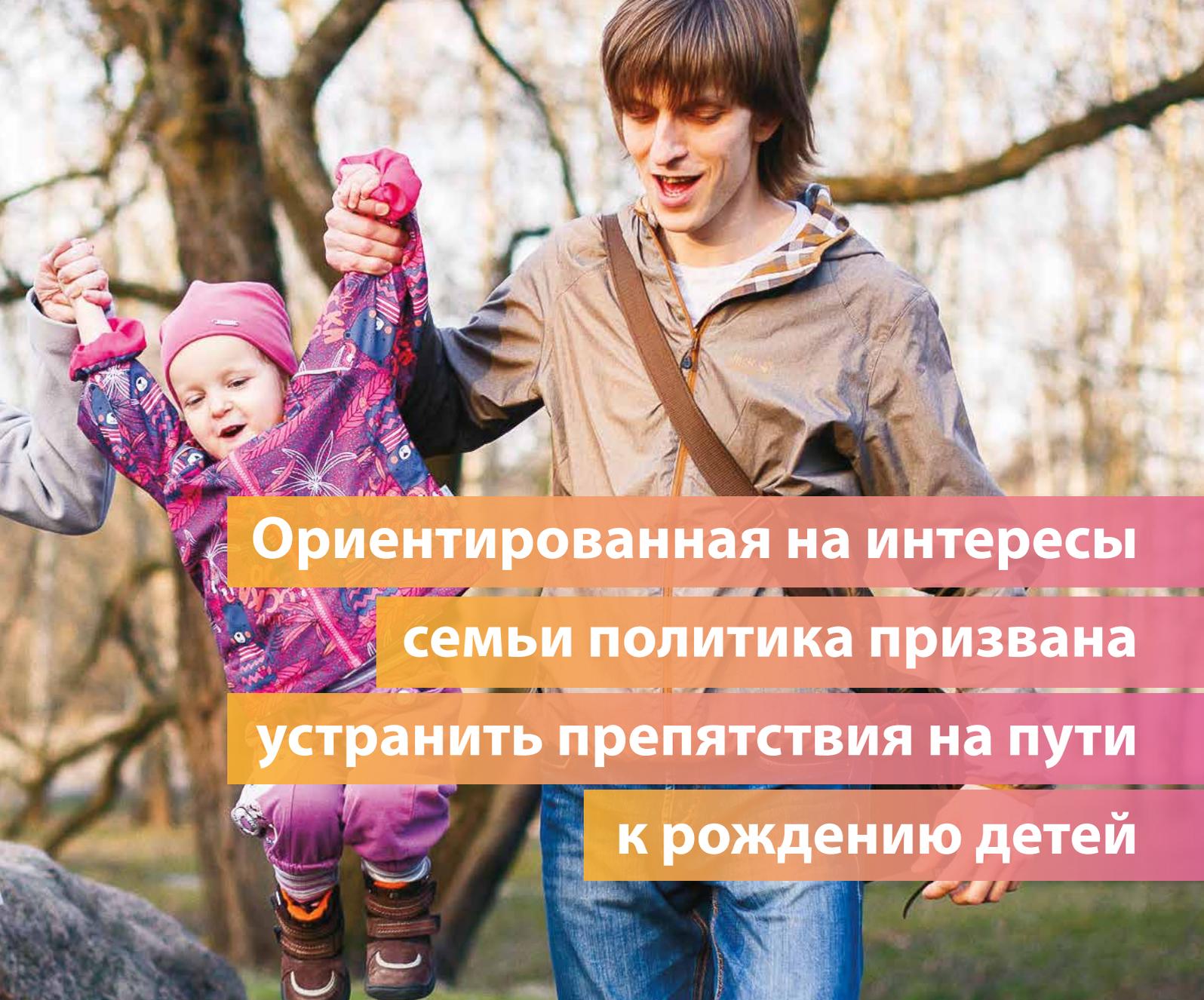
Рождаемость в странах с низкой рождаемостью, рассматриваемых в настоящей главе, колеблется в широком диапазоне. Некоторые исследования свидетельствуют о том, что долгосрочные «значительные расхождения в уровнях рождаемости» наблюдаются в более развитых странах (McDonald, 2006; Rindfuss et al., 2016; Billari, 2018). Явно выраженные различия между странами и регионами с умеренно низкой рождаемостью (1,7–2,2) и теми странами и регионами, в которых рождаемость находится на очень низком уровне (не более 1,6), наглядно продемонстрированы на диаграмме 31, которая отражает как коэффициент суммарной рождаемости, так и показатель когортной исчерпанной рождаемости (см. вставку ниже в этой главе) в качестве сводных показателей рождаемости. На этой диаграмме показано, что существует явно выраженное различие между регионами с очень низкой рождаемостью (Восточная Азия и Восточная Европа, Южная Европа и восточная часть Западной Европы)



В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — БЕЛАРУСЬ

**«Когда-нибудь мы
хотели бы завести
двух или трех детей,
но не сейчас».**

Ольга, 30 лет



Ориентированная на интересы семьи политика призвана устранить препятствия на пути к рождению детей

© UNFPA/Egor Dubrovsky

«Когда-нибудь мы хотели бы завести двух или трех детей, но не сейчас», — говорит Ольга, гуляя по минскому парку со своим мужем Андреем и 3-летней дочерью Юлей где-то в конце апреля.

Квартира, в которой их семья из трех человек живет вместе с родителями Андрея, слишком мала для того, чтобы иметь большую семью, объясняет Ольга. «Я думаю, было бы хорошо, если бы у каждого ребенка была своя комната, — говорит она. — Как жаль, что не можем себе этого позволить».

В этом 30-летняя Ольга и 35-летний Андрей ничем не отличаются от других супружеских пар в столице Беларуси, желающих обзавестись не менее чем

двумя детьми, но в конечном итоге ограничивающим себя одним ребенком или иногда двумя детьми по финансовым соображениям. Средняя заработная плата составляет порядка 430 долларов США в месяц. В то же время стоимость жизни для семьи из четырех человек составляет около 1 600 долларов США в месяц, и это не включает в себя оплату аренды жилья или ухода за детьми.

Ольга работает в отделе закупок государственной компании по поставкам предметов медицинского назначения, а Андрей возглавляет танцевальную труппу. Несмотря на то что у них обоих есть заработок, эта супружеская пара едва сводит концы с концами.

Уменьшение финансового бремени

В 2002 году правительство приступило к реализации программы демографической безопасности, призванной облегчить финансовое бремя, связанное с созданием или расширением состава семьи, и обратить вспять процесс сокращения численности населения страны. Тенденция к уменьшению размера семьи в Беларуси началась несколько десятилетий тому назад. В начале 1980-х годов усредненный показатель рождаемости составлял 2,1 деторождения в расчете на одну женщину, что недостаточно для поддержания численности населения. Но на сегодняшний день этот показатель равен 1,7. Должностные лица правительства рассматривают сокращение численности населения как угрозу финансовому здоровью системы социальной защиты и процессам укрепления экономики и рынка труда в стране.

В рамках программы 2002 года правительство оказывает супружеским парам финансовую помощь, если они обзаводятся детьми. Когда женщина, подобная Ольге, беременеет и регистрируется в государственном учреждении здравоохранения для прохождения бесплатного дородового медицинского осмотра, ей выплачивается около 100 долларов США. После того, как она родит ребенка, ей выплачивается еще примерно 1 000 долларов США. Полностью оплачиваемый

отпуск по беременности и родам начинается за два месяца до родов и длится еще два месяца после рождения ребенка. После этого правительство выплачивает ежемесячное семейное пособие в размере около 150 долларов США в течение отпуска по уходу за ребенком продолжительностью до трех лет, который вправе взять как мать, так и отец.

Наряду с этим можно оформить пособие на оплату жилья. Однако предпочтение отдается тем семьям, у которых уже есть не менее трех детей.

Эта программа помогла таким супружеским парам, как Ольга и Андрей, обзавестись семьей, но не устранила все препятствия на пути к мечте о большой семье в собственном доме.

Хотя в наши дни о желании завести двух детей говорят две трети молодых людей, реальность такова, что число семей с одним ребенком быстро увеличивается. Тяжелые экономические условия являются одной из основных причин этого несоответствия.

В 2016 году правительство приступило к проведению общенационального обследования, чтобы выяснить, каким образом гендерное неравенство препятствует женщинам и мужчинам обзаводиться тем количеством детей, которое они



хотят. Полученные результаты свидетельствуют о том, что меры, направленные на облегчение непропорционально большого бремени работы по дому, возлагаемого на женщин, позволяют им найти баланс между семейной жизнью и работой, а расширение бесплатных или доступных по цене услуг по уходу за детьми открывает перед большим числом женщин возможность трудоустроиться или продолжить оплачиваемую трудовую деятельность, больше зарабатывать и придать новый импульс повышению доходов своего домохозяйства, что, в свою очередь, разрушит еще сохраняющиеся барьеры на пути к многодетной семье.

Гендерное неравенство проявляется и в других формах. Большинство женщин, имеющих детей, реализуют свое право на отпуск по уходу за ребенком продолжительностью до трех лет в полном объеме. Но когда они возвращаются на работу, они, как правило, обнаруживают, что по сравнению со своими коллегами-мужчинами они утратили те базовые заработки и возможности карьерного роста, на которые могли бы рассчитывать. Хотя мужчины имеют право брать отпуск по уходу за ребенком, они почти никогда этого не делают. Согласно оценкам, только каждый сотый мужчина остается дома, чтобы воспитывать детей.

«Молодые люди нуждаются в достоверной информации о половой жизни».

Анастасия, 22 года

«Наша задача заключается в том, чтобы обсуждение этих проблем стало нормой».

Дмитрий, 24 года

Доступ к противозачаточным средствам

Не все женщины и мужчины желают обзавестись детьми. Те, кто хочет избежать беременности или ее отложить, могут воспользоваться недорогими противозачаточными средствами. Большинство супружеских пар пользуются одним из современных методов контрацепции, в основном, презервативами, но также противозачаточными таблетками и внутриматочными устройствами.

Подростки также имеют доступ к презервативам и противозачаточным таблеткам, которые отпускаются по рецепту и с родительского согласия. Но для многих подростков контрацептивы любого рода, даже недорогие, являются недоступными по цене. Даже в тех случаях, когда у подростков есть деньги, их доступ к контрацептивам может быть заблокирован предвзятым отношением поставщиков услуг и аптечных работников.

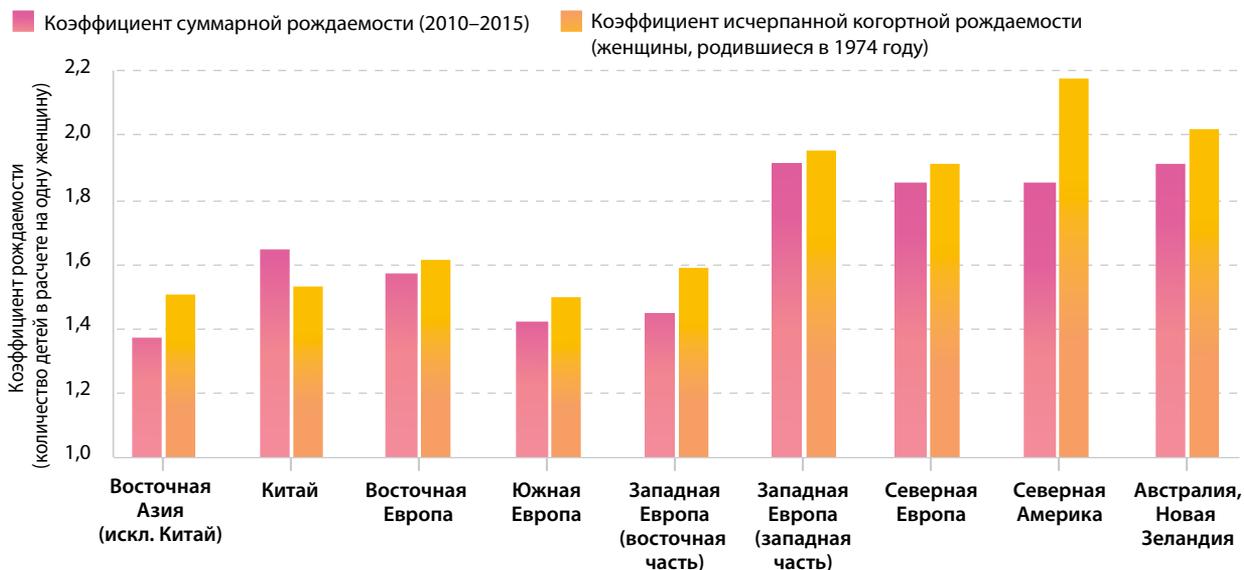
«Беременность в подростковом возрасте встречается в Беларуси все реже, — говорит сотрудник отделения ЮНФПА в Беларуси Александр Давыденко. — Молодые люди начинают вести половую жизнь в более позднем возрасте, а те, кто ее ведут, предохраняются, что в свою очередь уменьшает число аборт».

Но узнать о контрацепции и более безопасной половой жизни белорусским подросткам не всегда легко, поскольку всестороннего полового просвещения в школах не проводится. Добровольцы-просветители, ведущие работу среди сверстников в сети Y-Peer, созданной ЮНФПА, посещают школы и общинные центры по всей стране, чтобы заполнить этот информационный вакуум.

Координатор Y-Peer 22-летняя Анастасия Камыш говорит, что молодые люди нуждаются в достоверной информации о половой жизни. «Когда мы рассказываем молодым людям о ВИЧ-инфекции, мы также говорим о презервативах и о том, как презервативы могут помочь предотвратить беременность», — говорит она.

Другой координатор, 24-летний Дмитрий Кароль, отмечает, что в ходе занятий Y-Peer затрагиваются и такие вопросы, как насилие в отношении женщин. «Наша задача заключается в том, чтобы обсуждение этих проблем стало нормой, — говорит Кароль. — И мы надеемся, что люди, приходящие на наши семинары-практикумы, поделятся полученными знаниями со своими друзьями».

Коэффициент суммарной рождаемости в 2010–2015 годах и показатель когортной исчерпанной рождаемости среди женщин, родившихся в 1974 году, в 53 странах



Источники: Wittgenstein Centre (2016); United Nations (2017); Human Fertility Database (2018); Yoo and Sobotka (2018)

и регионами с умеренно низкой рождаемостью (Северная Европа, западная часть Западной Европы и англоговорящие страны). В странах с очень низкой рождаемостью проживает около 2,2 миллиарда человек, то есть почти 30 процентов населения мира, из которых 1,4 миллиарда человек живут в Китае.

Усредненные значения коэффициента рождаемости имеют важное значение для стран, но для отдельных мужчин и женщин важным является то фактическое количество детей, которым они обзавелись. Во многих странах с умеренно низкой рождаемостью в общей численности населения отмечается как высокая доля женщин, не имеющих детей, так и высокая пропорциональная доля женщин, родивших не менее троих детей. В некоторых из них также отмечается небольшой процент женщин, имеющих одного ребенка. К таким странам относятся Австралия, Нидерланды, Соединенное Королевство и Финляндия. В населении Соединенных Штатов Америки также отмечается относительно высокая пропорциональная доля женщин, имеющих не менее трех детей.

С другой стороны, в населении стран Восточной Европы высока пропорциональная доля женщин, имеющих одного ребенка, а пропорциональная доля женщин, не имеющих детей, мала, что

свидетельствует о низком уровне общественного признания идеи бездетности. Очень низкое усредненное значение коэффициента рождаемости в странах Южной Европы и Германии является результатом высокого уровня бездетности и высокой доли женщин, имеющих одного ребенка. Наконец, в Японии отмечается наивысший показатель бездетности в мире — в этой стране бездетными остаются 3 из 10 женщин в возрасте до 40 лет.

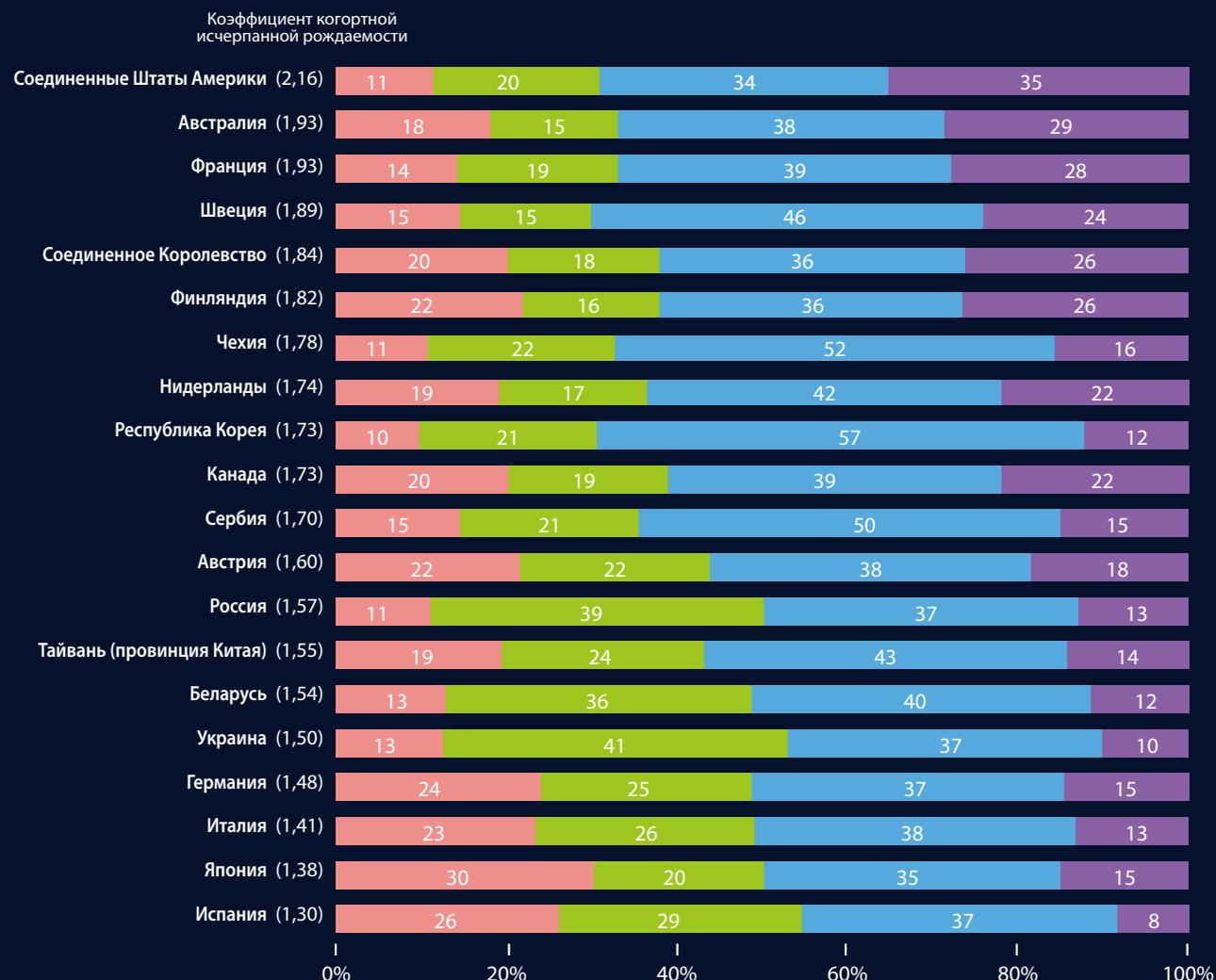
В целом усредненный коэффициент рождаемости не имеет прямой зависимости от пропорциональной доли женщин, имеющих двух детей, но сильно зависит от пропорциональной доли женщин, имеющих не менее трех детей (диаграмма 32).

В странах и на территориях, рассматриваемых в настоящей главе, все большее количество женщин рожают на более позднем этапе своей жизни и вне брака (Billari and Kohler, 2004; Sobotka, 2017).

В таких странах, как Испания, Италия, Республика Корея и Япония, средний возраст женщин на момент первых родов превышает 30 лет, по сравнению с 24–26 годами в 1970-х годах (диаграмма 33). Эта тенденция развивается параллельно с тенденцией к уменьшению числа случаев беременности в подростковом возрасте, особенно в Соединенных Штатах Америки и

ДИАГРАММА 32

Показатель когортной исчерпанной рождаемости и общее число детей, родившихся у женщин 1974 года рождения, проживающих в отдельных странах и на территориях с низкой рождаемостью



Источники: Human Fertility Database (2018); национальные статистические управления, 2018
 Примечание: Данные рассчитаны для возрастных групп до 40 лет
 Фотографии, слева направо: © anouchka/Getty Images, © Maskot/Getty Images, © Giacomo Pirozzi, © Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

странах Восточной Европы (диаграмма 34). В большинстве стран Европы и Восточной Азии на долю подростков приходится всего 3 процента от общего числа деторождений.

Наиболее быстро показатель деторождений в более позднем возрасте увеличивается среди высокообразованных женщин, стремящихся избежать экономических тягот или карьерных неудач, которые часто связываются со «шлейфом материнства» в более раннем возрасте (Miller, 2011). Наличие вспомогательных репродуктивных технологий, таких как экстракорпоральное оплодотворение, способствовало этому подъему. Женщины, предпочитающие отсрочить наступление беременности до периода, когда они приблизятся к своему 40-летию или 50-летию, сталкиваются с повышенным риском бесплодия и осложнений во время беременности (Schmidt et al., 2012; te Velde et al., 2012; Sobotka and Beaujouan, 2018).

Спад рождаемости в период 1970–2000 годов совпал с тенденциями к более позднему вступлению в брак и учащению случаев сожительства, расторжения брака и внебрачных деторождений (Lesthaeghe, 2010; Perelli-Harris et al., 2012; Hayford et al., 2014; Lappégård et al., 2018). Эти тенденции,

однако, достигли своего максимума в ряде стран, например в России, Соединенных Штатах Америки и Швеции, а с 2004 года пошли в обратном направлении (диаграмма 35).

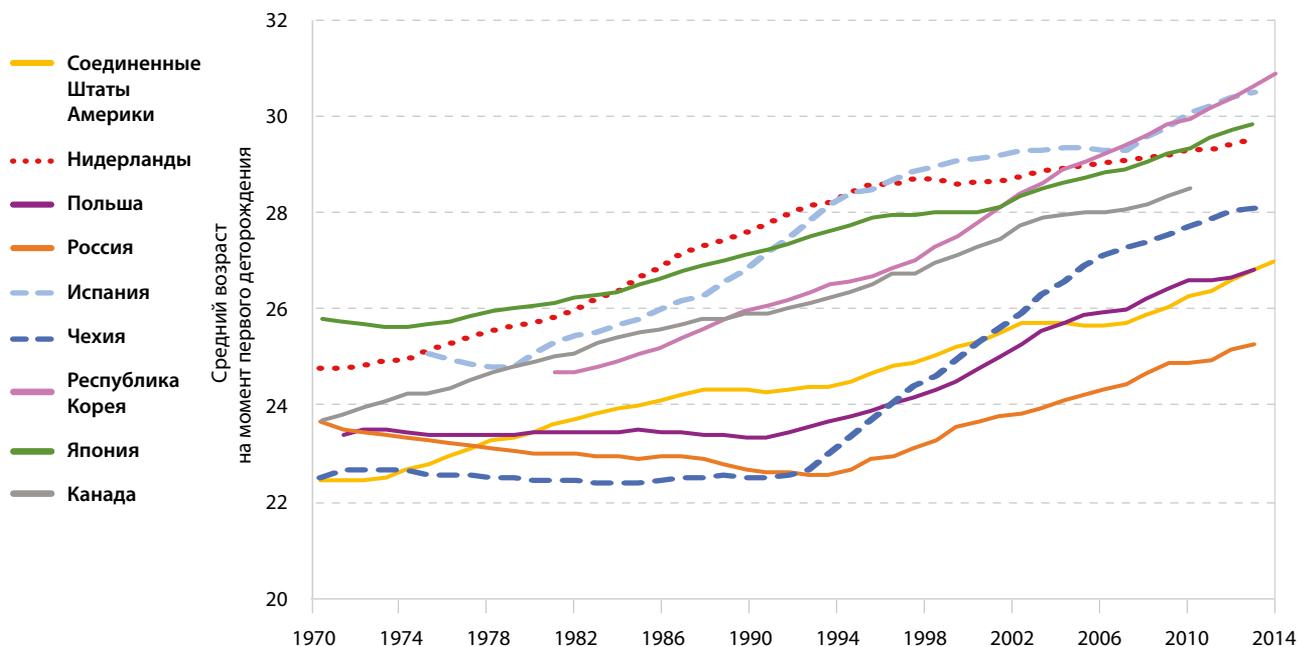
В 2014 году в Европейском союзе доля внебрачных деторождений достигла 42 процентов, вдвое превысив уровень 1994 года. В то же время в Восточной Азии рождаемость сохраняет тесную связь с брачными отношениями. В этом регионе, где вступление в брак и деторождение неразрывно взаимосвязаны, пожизненная бездетность становится все более широко распространенным явлением (Jones and Gubhaju, 2009; Wei et al., 2013; Guo and Gu, 2014).

Большинство внебрачных деторождений случается не у матерей-одиночек, а у пар, живущих вместе, но не вступающих в брачные отношения. На рубеже 2000–2010-х годов каждый десятый ребенок в странах Европы проживал с одинокой матерью, тогда как вместе с семейными парами, не оформившими брачные отношения, жили 4 из 10 детей (Wittgenstein Centre, 2015).

Годовой (или суммарный) уровень рождаемости может меняться, реагируя на изменение экономических условий, семейной

ДИАГРАММА 33

Средний возраст на момент первого деторождения в отдельных странах, 1970–2016 годы



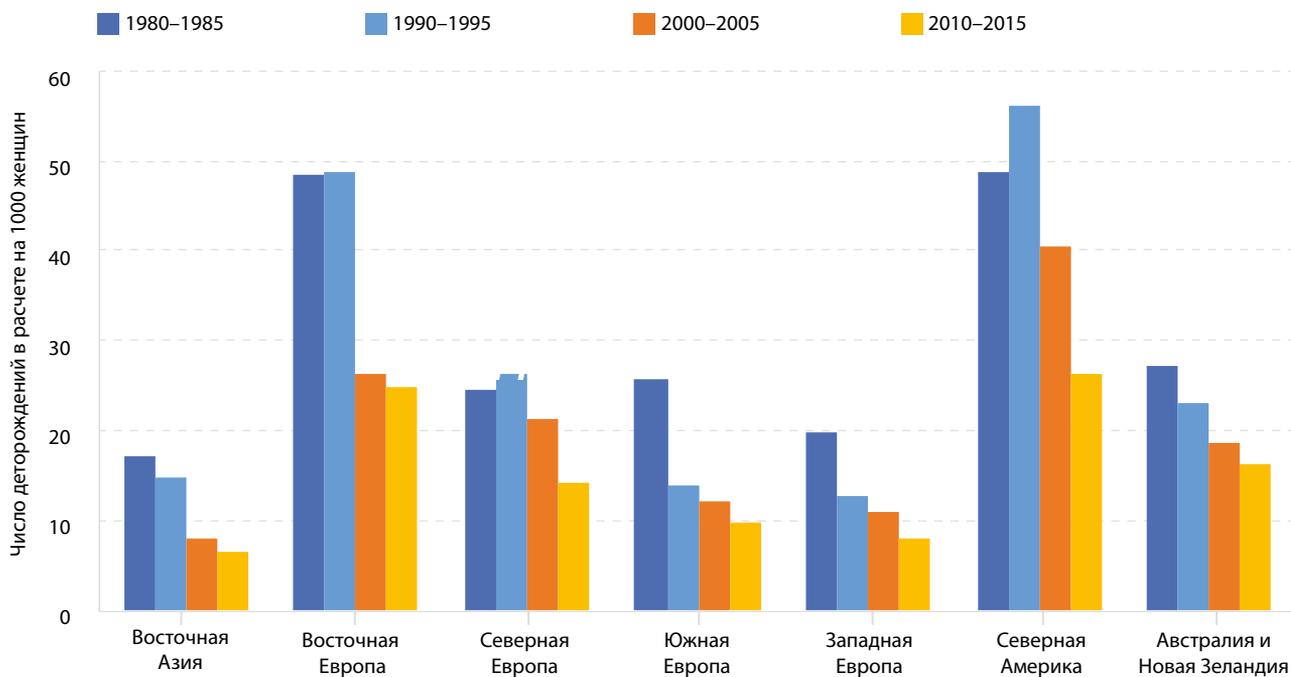
Источники: Human Fertility Database (2018); Yoo and Sobotka (2018)



© Thanasis Zovoilis/Getty Images

ДИАГРАММА 34

Коэффициенты рождаемости в расчете на 1 000 женщин в возрасте 15–19 лет, 1980–2015 годы



Источник: United Nations (2017)

политики, политической ситуации, а также на возникающие конфликты. Например, финансовый кризис, охвативший Соединенные Штаты Америки и Европу в 2008 году и последующий период, связывался с падением рождаемости в тех странах, где она была на подъеме в начале 2000-х годов (Goldstein et al., 2013; Schneider, 2015; Wittgenstein Centre, 2015; Comolli, 2017). Аналогичным образом финансовый кризис 1997 года в Восточной Азии способствовал спаду рождаемости до очень низких уровней (Kim and Yoo, 2016). За распадом бывшего Советского Союза и упадком государственного социализма в 1990-е годы последовало резкое снижение рождаемости в странах Центральной и Восточной Европы (Sobotka, 2011).

Факторы давления, снижающие рождаемость

Чрезвычайно низкий уровень рождаемости в Восточной Азии и во многих частях Европы по

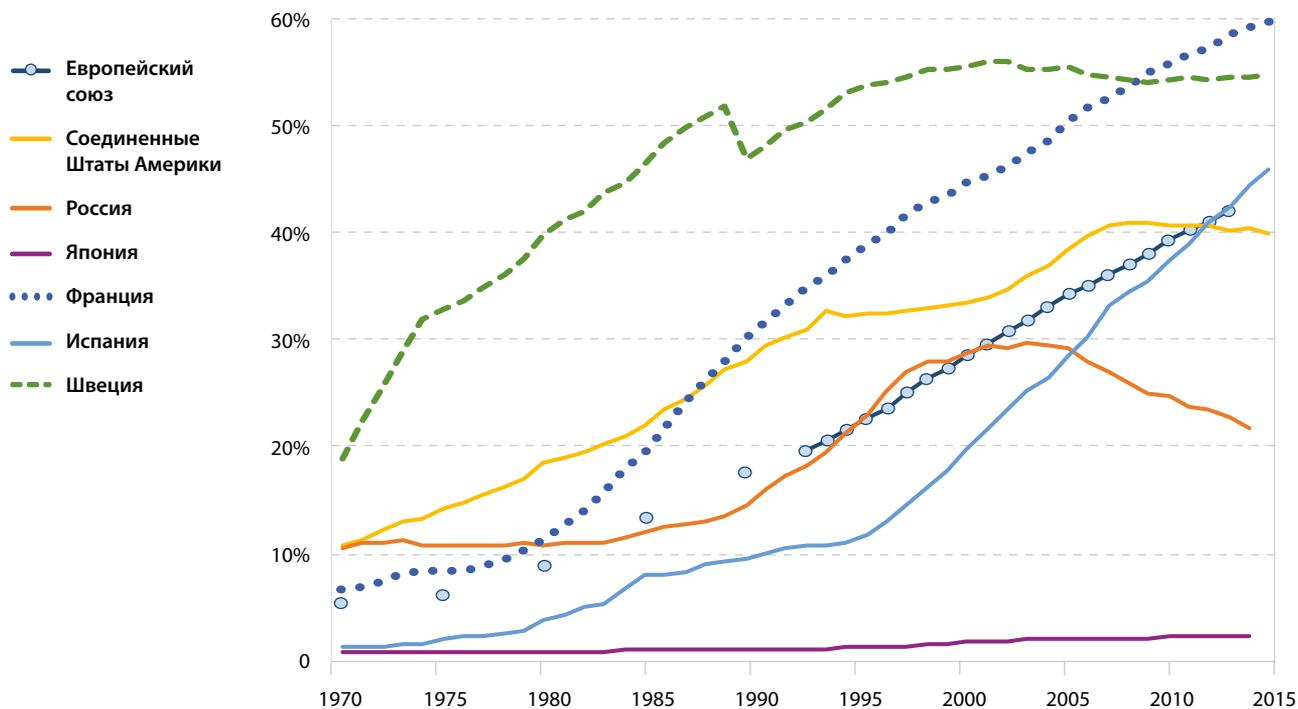
большой части не является прямым отражением желания людей уменьшить размер семьи. Среднестатистический идеальный размер семьи составляет около двух детей в расчете на одну женщину (Sobotka and Beaujouan, 2014), однако фактическая рождаемость находится на более низком уровне. Разрыв между желаемым и фактическим размером семьи свидетельствует о том, что женщины и мужчины неспособны в полной мере реализовать свои репродуктивные права.

Препятствия экономического характера

Приступая к трудовой деятельности в странах с более высоким уровнем дохода, молодые женщины и мужчины сталкиваются с определенными трудностями. Это связано с тем, что они, как правило, тратят больше времени на получение высшего образования, чем молодые люди из менее обеспеченных стран, при этом они становятся экономически

ДИАГРАММА 35

Процентная доля внебрачных деторождений в Европейском союзе и отдельных странах, 1970–2016 годы



Источники: Council of Europe (2006); NIPSSR (2017); Eurostat (2018); Martin et al. (2018)



© iconics/a.collectionRF/Getty Images

активными на более поздних этапах своей жизни. Когда они завершают свое образование, им зачастую трудно устроиться на работу по найму, особенно в выбранной ими области.

В условиях изменяющейся структуры мировой экономики исчезают многие рабочие места, которые в прошлом были типичными стартовыми позициями для молодых выпускников средних специальных учебных заведений (Adsera, 2018). Между тем многие рабочие места, которые ранее открывали перспективу долгосрочного трудоустройства, заменяются краткосрочной занятостью или работой на условиях договора подряда.

Результатом этого становится обострение неравенства на рынке труда и снижение реальных доходов среди женщин и мужчин в возрасте от 20 до 30 с небольшим лет (Sanderson et al., 2013; Rahman and Tomlinson, 2018). В странах с более высоким уровнем дохода многие молодые люди «неспособны добиваться успеха» (Sanderson et al., 2013). Положение молодых

людей наиболее нестабильно в Южной Европе, где уровень безработицы высок, временная работа распространяется все шире, а меры социальной защиты ограничены (Rahman and Tomlinson, 2018). Эта неопределенность в экономике и на рынке труда способствует отсрочкам в создании семьи, более позднему вступлению в брак и повышению уровня бедности (Blossfeld et al., 2005).

В 1990-е годы многие развитые страны столкнулись с экономическим спадом, негативно сказавшимся на занятости, доходах и уровне жизни населения. Финансовый кризис 1997 года в Азии привел, например, к изменениям в практике найма на работу, что обусловило переход от пожизненных к срочным трудовым договорам, в результате чего занятость молодых людей стала куда менее стабильной (Ma, 2014).

Также в 1990-х годах в большинстве стран Восточной Европы наступил длительный период экономического спада, а также нарастающих проявлений неравенства в доходах и нищеты,

порожденных бурным переходом к рыночной экономике. На агрегированном уровне эти условия часто связывают со значительным снижением рождаемости. Основные изменения рождаемости, произошедшие в Восточной Европе, связаны со значительным уменьшением числа случаев рождения второго ребенка, повлекшего за собой резкое увеличение доли женщин, имеющих одного ребенка (Perelli-Harris, 2005; Sobotka, 2011; Zeman et al., 2018). Аналогичным образом финансовый кризис 2008 года привел к существенному снижению экономических возможностей для молодых людей.

Вынужденный компромисс между профессиональной карьерой и семейной жизнью

По мере того, как все больше женщин в более развитых странах достигали более высокого уровня образования, все большее их число выходило на рынок рабочей силы, получало оплачиваемую работу и оставалось трудоустроенными. Но нахождение баланса между семейной жизнью и профессиональной карьерой стало проблемой для тех женщин, которые имеют ограниченный доступ к недорогостоящим услугам по уходу за детьми или вообще не могут ими воспользоваться, а их работодатели или правительства их стран не предоставляют оплачиваемого отпуска по уходу за детьми для родителей или гибких графиков работы и иных льгот (Goldin, 2006). А во многих странах именно женщины несут основную ответственность за воспитание детей. Эти проблемы могут побуждать женщин трудоустраиваться в государственном секторе, где предусматриваются льготы и обеспечивается стабильная занятость, но и оплата труда меньше, чем на рабочих местах в частном секторе.

В странах с очень низкой рождаемостью политика в области обеспечения баланса между работой и семьей нередко имеет весьма ограниченную сферу применения. В большинстве стран Восточной и Центральной Европы, к примеру, сфера охвата поддерживаемыми правительством услугами по уходу за детьми младенческого возраста весьма ограничена: в Болгарии, Венгрии, Польше, Румынии, Словакии и Чехии ясли посещает менее 15 процентов детей в возрасте до 2 лет, тогда как в государствах-членах Организации экономического сотрудничества и развития — 34 процента (OECD, 2018). Ограниченный доступ к услугам по уходу за



В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — ТАИЛАНД

За последние 15 лет

в Таиланде у матерей-

подростков родилось примерно

1,6 миллиона малышей



В Таиланде: повесть о рождении детей у двух женщин

© UNFPA/Matthew Taylor

«Я начала танцевать, когда мне было 15», — говорит Кейт. Во время своего выступления на ярмарке в Нонтхабури она познакомилась с мужчиной. «Он был старше меня. Он был остроумен и красив. Сначала он мне не понравился, но затем он меня завел».

Тогда Кейт ничего не знала о контрацепции или о рисках, связанных с незащищенным половым актом, и в итоге забеременела. Сейчас ей 17 лет, и она живет в Бангкоке в приюте для несовершеннолетних матерей.

За последние 15 лет в Таиланде у матерей-подростков родилось примерно 1,6 миллиона малышей, то есть за период 2000–2014 годов их число увеличилось на 54 процента. Только в 2016 году более 14 процентов всех случаев беременности в стране произошли среди подростков.

Чтобы помочь таким девушкам, как Кейт, предотвратить беременность до тех пор, пока они не станут старше и примут решение создать семью, правительство приняло закон, обеспечивший доступ к противозачаточным

средствам и соответствующей информации для всех подростков в возрасте от 10 до 19 лет.

В Таиланде всестороннее половое просвещение, имеющее решающее значение для обеспечения того, чтобы молодые люди могли принять взвешенное решение о том, как распорядиться собой, и о своих взаимоотношениях с другими людьми, организовано практически во всех средних школах по всей стране, но в его качестве наблюдаются различия. В соответствии с новым законом все средние школы Таиланда обязаны внедрить соответствующую учебную программу.

«Мы не можем удержать подростков от секса, но мы можем помочь им делать это более безопасным образом» — говорит д-р Джет Сиратхранонт, председатель Комитета по делам общественного здравоохранения Национальной законодательной ассамблеи Таиланда.

«Мои родители были фермерами. У них не было денег, чтобы отправить меня в школу, поэтому я приехала в Бангкок, чтобы устроиться на работу, когда мне было 12 лет», — говорит 40-летняя Санит, открывая двери ателье по пошиву женской одежды, где она проработала много лет.

«Мы жили в условиях жесткой дисциплины, — продолжает она. — Я много работала, а помимо этого, закончила среднюю школу. У меня не было времени, чтобы найти мужа, не говоря уже о том, чтобы завести детей.

Так что, когда я вышла замуж в прошлом году, я знала, что мне нужно завести детей как

можно быстрее. Но врач обнаружил у меня опухоль в матке, и, принимая во внимание мой возраст, зачать было трудно».

История Санит подобна судьбе все увеличивающейся группы женщин в Таиланде, отдающих работе все свое время в ущерб замужеству и обзаведению детьми. Ко времени, когда они решают создать семью, зачастую уже поздно беременеть, или роды могут пройти с осложнениями. Бесплодие в Таиланде лечат, но для большинства людей это слишком дорого.

«Все большее число людей ставят экономическую безопасность и стабильность на первый план по сравнению с созданием семьи», — говорит д-р Сорапоп Кьятпонгсан, врач-терапевт, специализирующийся на репродуктивной функции человека в бангкокском университете Чулалонгкорна. — Женщины, миновавшие свои самые благоприятные для рождения детей годы, нуждаются в достоверной информации и вариантах лечения по доступным ценам».

Истории жизни Кейт и Санит представляют собой две стороны проблемы деторождения в Таиланде.

С одной стороны, подростки не имеют доступа к информации и услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, и их жизненные перспективы омрачаются непреднамеренными беременностями. А с другой стороны, женщины, стремящиеся обзавестись семьей в более поздний период своей жизни, обнаруживают, что их репродуктивные годы уже миновали.



История Санит подобна судьбе все увеличивающейся группы женщин в Таиланде, отдающих работе все свое время в ущерб замужеству и обзаведению детьми.

детьми препятствует возвращению многих матерей на рынок труда и увеличивает издержки, связанные с упущенными возможностями, которые обусловлены наличием детей.

В Восточной Азии культура труда требует поддержания высокого уровня лояльности работников по отношению к своим работодателям. Ненормированный рабочий день и жесткий график работы не дают возможность совмещать профессиональную и семейную жизнь. В Республике Корея, например, в 2014 году около 18 процентов трудоустроенных женщин работали более 54 часов в неделю (OECD, 2017). Чтобы решить эту проблему, в 2018 году в Республике Корея был принят закон, ограничивающий продолжительность рабочей недели 40 часами, а максимальную продолжительность сверхурочной работы — 12 часами.

Помимо этого, женщины с детьми зачастую сталкиваются с дискриминацией на рынке труда. В Республике Корея и Японии подавляющее большинство матерей занимают низкооплачиваемые должности и ограничены в возможностях профессионального роста, что влечет за собой огромные гендерные разрывы в оплате труда (OECD, 2017).

Даже несмотря на то что женщины добились равного доступа к образованию и трудоустройству, их решения по вопросам семьи и занятости по-прежнему должны учитывать неизбежность «второй смены», посвященной уходу за детьми и работе по дому. Женщин, как и раньше, сдерживает гендерное неравенство в быту (McDonald, 2013), что может вносить свой вклад в низкую рождаемость.

В Восточной Азии женщины сталкиваются с рядом самых жестких ограничений в принятии семейных решений, что связано с тяжелыми условиями труда, а также непропорционально большой долей ответственности за работу по дому и уходу за детьми и другими родственниками, которая на них возлагается (Raymo et al., 2015). Когда женщины в Республике Корея или Японии выходят замуж, от них могут ожидать, что они откажутся от трудоустройства, чтобы взять на себя работу по дому и ухаживать за своим супругом, пожилыми родственниками со стороны мужа и детьми (Rindfuss et al., 2004). В японских семьях мужчины уделяют работе по дому в среднем 3,4 часа в неделю, тогда как женщины затрачивают на нее в среднем 27,4 часа (Tsuya, 2015).

Сталкиваясь с необходимостью принести в жертву свою профессиональную карьеру

ради семейной жизни, некоторые женщины в Восточной Азии предпочитают отложить вступление в брак или отказаться от замужества. А поскольку большинство деторождений в регионе происходит в браке, все больше женщин не обзаводятся детьми до конца своей жизни.

Восточная Азия, однако, не единственный регион, где женщины сталкиваются с этими проблемами. Проявления гендерного неравенства в форме неоплачиваемой работы по дому по-прежнему неискоренимы в большинстве стран Центральной и Восточной Европы, а также в Южной Европе, особенно в Италии и Португалии (OECD, 2017).

Стабильность экономики и стимулирующие политические меры способствуют росту рождаемости

Отличительной чертой стран с умеренно низкой рождаемостью являются сильная и стабильная экономика и политические установки, облегчающие создание или расширение состава семьи. Стимулирующие политические меры могут вселять уверенность в людей, стремящихся обзавестись семьей (McDonald, 2008).

Например, в некоторых европейских странах с рождаемостью на уровне простого воспроизводства населения или близком к нему уровне семьям с детьми предоставляется поддержка в форме оплачиваемого отпуска по уходу за детьми для родителей, денежных пособий семьям, услуг государственных дошкольных учреждений и других услуг для детей, налоговых каникул для семей и удобного расписания школьных занятий, сочетающегося с графиком работы.

Возможность работы на условиях неполного рабочего дня, договоренности, позволяющие работникам брать выходные для ухода за больными детьми, упразднение ночных смен и ненормированного рабочего дня, а также щедро оплачиваемые отпуска по уходу за детьми для родителей, в частности, для отцов, могут в своей совокупности изменить к лучшему жизнь супружеских пар и отдельных людей, задумывающихся о создании семьи.

В Канаде и ряде европейских стран барьеры на пути трудоустройства матерей были понижены до такого уровня, что сегодня большинство женщин с детьми работают по найму (OECD, 2007, 2011). Модель «полтора кормильца», когда один из родителей работает на условиях полного рабочего дня, а второй — на условиях частичной занятости,

в наши дни получила широкое распространение среди супружеских пар с детьми в Австралии, Австрии, Нидерландах и Соединенном Королевстве. Эта модель завоевала популярность в Нидерландах после того, как правительство узаконило право работать неполный рабочий день и гарантировало работникам, трудоустроенным на условиях неполного рабочего дня, тот же уровень медицинского обслуживания, социального обеспечения и пенсий, что и людям, работающим на условиях полного рабочего дня (Mills, 2015).

В области репродуктивных прав предпочтение отдается семье с двумя детьми

Большинство женщин в странах, рассматриваемых в настоящей главе, как правило, отдают предпочтение семье с двумя детьми, хотя значительная доля женщин предпочитают иметь трех детей (Hagewen and Morgan, 2005; Sobotka and Beaujouan, 2014; NIPSSR, 2016). Исключением является Китай, где многие женщины выражают желание иметь только одного ребенка (Basten and Gu, 2013).

Во многих странах с низкой рождаемостью существует значительный разрыв между

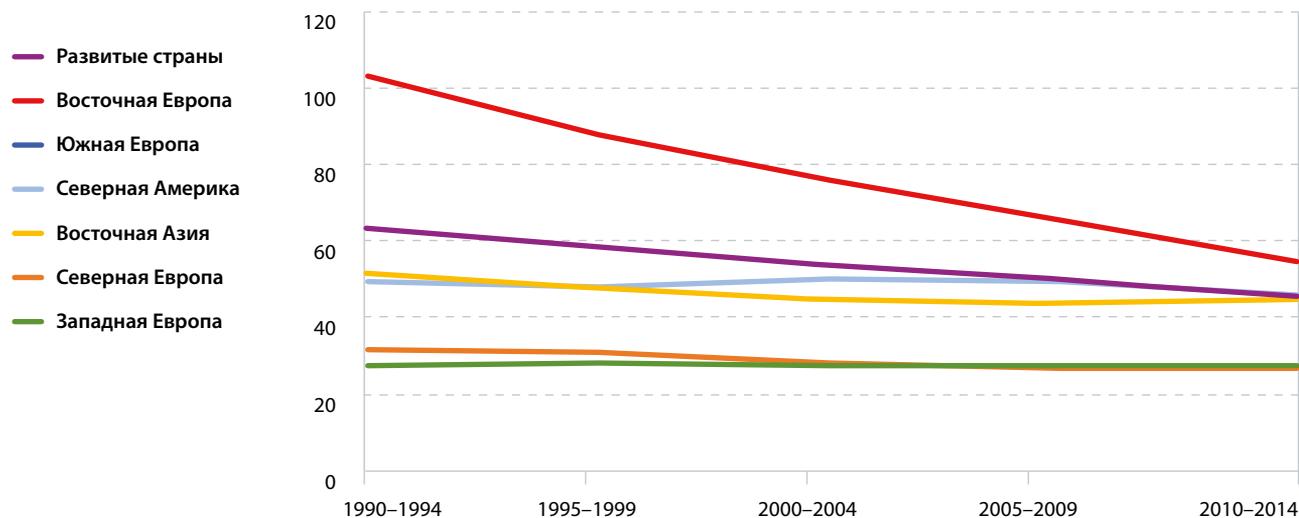
желаемым и фактическим числом детей (Bongaarts, 2002; Wittgenstein Centre, 2015). У одних супружеских пар нет того количества детей, которое они хотят, в связи с наличием конкурирующих приоритетов или таких обстоятельств, как тяжелые экономические условия. Другие не имеют столько детей, сколько им хотелось бы, вследствие болезни или расторжения брака. По мере обретения жизненного опыта решения о размере семьи со временем, как правило, меняются. Среди женщин из семи европейских стран, родившихся в конце 1960-х годов, разница между желаемой и фактической рождаемостью в среднем составляет не менее 0,5 деторождения. Эта разница в максимальной степени проявляется среди женщин, получивших университетское образование (Wittgenstein Centre, 2015; Beaujouan and Berghammer, 2017).

Программа действий, утвержденная 179 правительствами на Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 году, провозгласила цель, согласно которой «все супружеские пары и отдельные лица имеют основное право свободно и ответственно решать вопрос о числе своих



ДИАГРАММА 36

Непреднамеренные беременности в расчете на 1 000 женщин в возрасте 15–44 лет, 1990–2014 годы



Источник: Bearak et al. (2018)

детей и продолжительности периода между их рождением и на получение необходимой для этого информации, образования и средств». Этот принцип применяется ко всем супружеским парам и отдельным людям, независимо от того, хотят ли они отказаться от рождения детей или завести много детей. Соответственно, когда супружеские пары и отдельные лица хотят завести больше детей, но их сдерживают экономические обстоятельства или обстоятельства, препятствующие нахождению баланса между работой и личной жизнью, они не могут реализовать свои репродуктивные права в полном объеме.

Незапланированные беременности в странах с низкой рождаемостью

Многие беременности в развитых странах являются непреднамеренными. Некоторые непреднамеренные беременности обусловлены неудовлетворенной потребностью в противозачаточных средствах. Женщины, испытывающие такую неудовлетворенную потребность, ведут активную половую жизнь, не хотят забеременеть и не используют какой бы то ни было метод контрацепции (United Nations, 2016). Согласно оценкам, в этих странах неудовлетворенная потребность в контрацептивах отмечается у каждой

десятой женщины, состоящей в браке или сожительствующей с мужчиной. Более того, ежегодно в период 2010–2014 годов непреднамеренная беременность в развитых странах случалась у примерно 45 из 1 000 женщин репродуктивного возраста (диаграмма 36; Bearak et al., 2018).

В Восточной Европе показатель непреднамеренных беременностей находится на сравнительно высоком уровне по причине ограниченного доступа к современным методам контрацепции (в частности, к противозачаточным таблеткам), отсутствия полового просвещения, ограниченных знаний о предупреждении беременности и ограниченной доступности абортов (диаграмма 37; Kon, 1995; David, 1999; Stloukal, 1999; Sobotka, 2016). Тем не менее с начала 90-х годов доступ к противозачаточным средствам в регионе существенно улучшился, что привело к увеличению использования контрацептивов и снижению количества абортов (диаграммы 37 и 38). Аборты также широко распространены в Восточной Азии. В 2014 году в Восточной Европе и Восточной Азии аборт завершил более трех четвертей непреднамеренных беременностей.

В развитых странах непреднамеренные беременности случаются реже, тем не менее они



© Frank Schoepgens/Getty Images

приводят к каждому четвертому деторождению (диаграмма 42; Bearak et al., 2018). Большинство из непреднамеренных деторождений, однако, являются желанными, но несвоевременными. В странах Восточной и Центральной Европы отмечается сравнительно низкий показатель непреднамеренных деторождений в основном из-за доступности аборт.

Во многих частях Восточной и Юго-Восточной Европы молодые люди не склонны пользоваться противозачаточными средствами или прибегают к практике прерванного полового акта (CDC and ORC Macro, 2003). Всестороннее половое просвещение в этих странах носит ограниченный характер.

Слабая охрана репродуктивного здоровья, малоэффективные системы здравоохранения и ограниченное использование презервативов в Восточной Европе в 1990-х годах способствовали бурному распространению инфекций, передаваемых половым путем (Uusküla et al., 2010). В наши дни в регионе отмечается рост числа случаев ВИЧ-инфицирования, как и прежде в значительной степени обусловленных использованием инъекционных наркотиков (Avert, 2017), но в последние годы половые контакты становятся одним из основных каналов передачи этой инфекции. Восточная Европа и Центральная Азия являются единственными

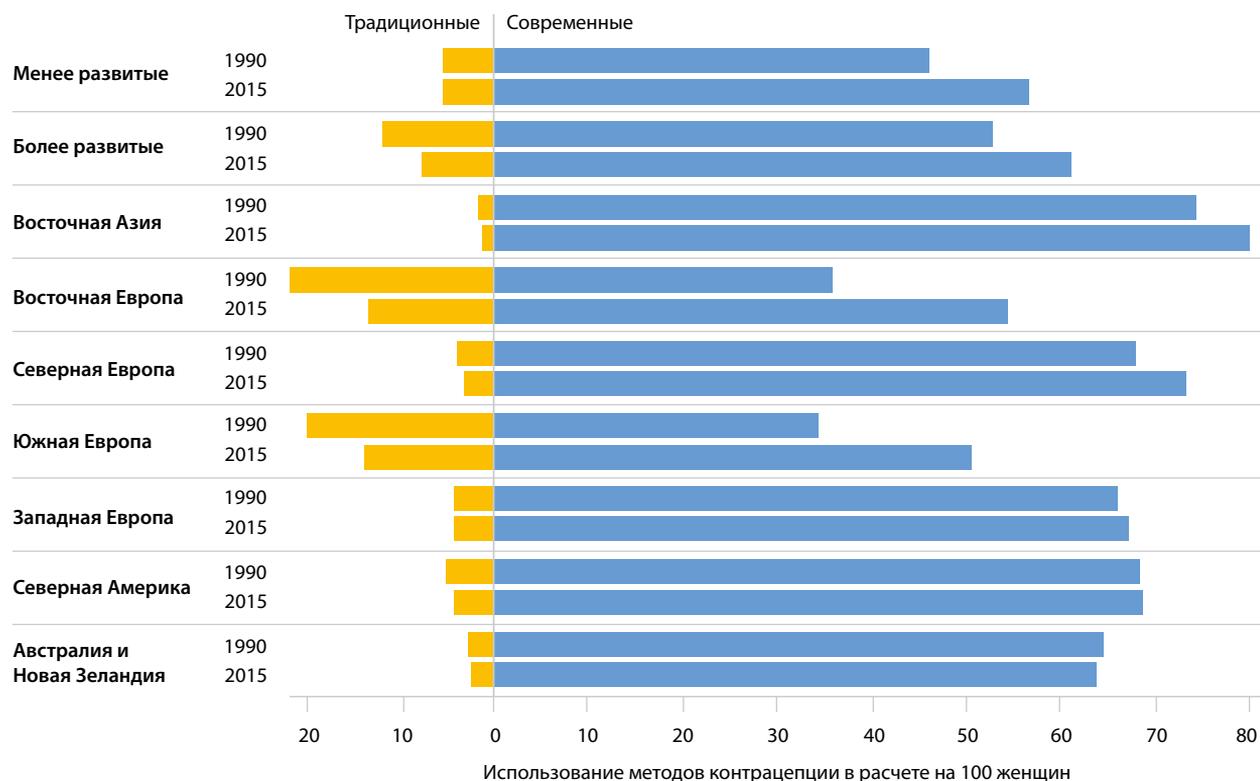
регионами, в которых отмечается устойчивый рост распространенности ВИЧ-инфекции (Avert, 2017; UNAIDS, 2017).

Определенную роль в низкой рождаемости в ряде развитых стран может играть бесплодие. Те немногие фактические данные по проблеме бесплодия, которые имеются в наличии, дают основания предположить, что эта проблема в большей степени связана с состоянием здоровья мужчин, нежели женщин. Результаты ряда научных исследований указывают на неуклонное снижение качества и количества спермы среди мужчин, проживающих в странах с высоким уровнем дохода и низкой рождаемостью (Levine et al., 2017), несмотря на то что по этому вопросу существуют и другие точки зрения (te Velde et al., 2017).

Более вероятно, что фактором, способствующим низкой рождаемости в ряде развитых стран, является вторичное бесплодие, т.е. неспособность женщин, уже родивших ребенка, забеременеть снова или доносить еще одну беременность до полного срока (Mascarenhas et al., 2012). В 2010 году вторичное бесплодие негативно сказалось на жизни примерно 7 процентов супружеских пар в странах с высоким уровнем дохода и целых 18 процентов супружеских пар в Центральной и Восточной Европе

ДИАГРАММА 37

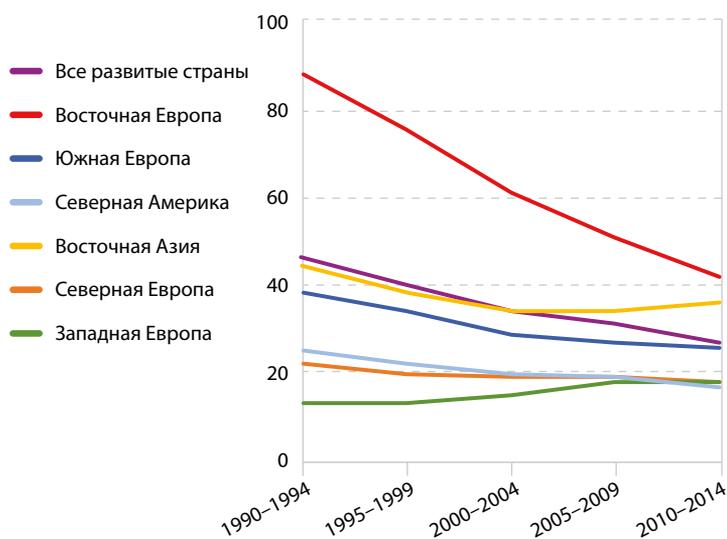
Использование традиционных и современных методов контрацепции среди женщин в возрасте 15–44 лет, состоящих в браке или сожительствующих с мужчиной, в 53 странах, 1990–1994 годы и 2010–2014 годы



Источник: United Nations (2016)

ДИАГРАММА 38

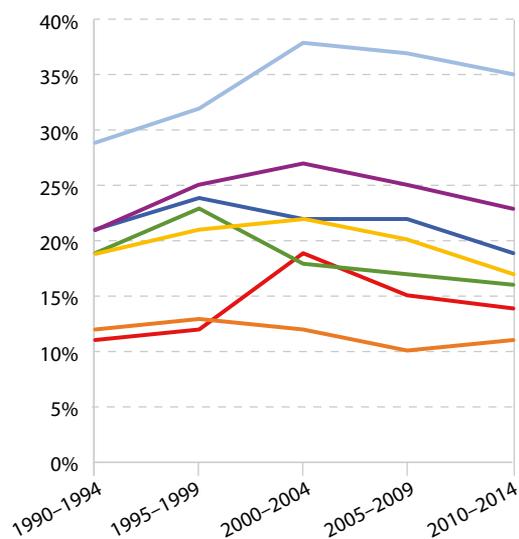
Коэффициенты распространенности аборт в расчете на 1 000 женщин в возрасте 15–44 лет, 1990–2014 годы



Источник: Sedgh et al. (2016a)

ДИАГРАММА 39

Процентная доля непреднамеренных деторождений, 1990–2014 годы



Источник: Bearak et al. (2018)

и Центральной Азии. Сравнительно высокие показатели вторичного бесплодия в этих регионах объясняются сочетанием более высокой распространенности аборт, в том числе небезопасных и производимых методом инвазивного вмешательства, и послеабортных инфекций (Hodorogea and Comendant, 2010).

Повторные обследования в Соединенных Штатах Америки показывают незначительный, но непрерывный спад распространенности бесплодия среди замужних женщин репродуктивного возраста (Chandra et al., 2013). Поскольку супружеские пары продолжают откладывать рождение детей на более поздние периоды репродуктивного возраста, распространенность бесплодия, вероятно, будет нарастать. В Европе отсроченные деторождения способствовали

увеличению показателя постоянной вынужденной бездетности, который за период 1970–2007 годов практически удвоился в шести странах, подвергнутых анализу в работе te Velde et al. (2012).

Репродуктивные права

Реализация права свободно и с чувством ответственности решать, сколько заводить детей и когда это делать, зависит не только от доступности противозачаточных средств или соответствующих методов лечения бесплодия. Решение о размере семьи зависит также от наличия жилья, экономических условий существования домохозяйств и величины расходов, связанных с воспитанием детей.

Наряду с этим на решение, связанное с деторождением, могут оказать влияние или сдерживающее воздействие препятствия



© Giacomo Pirozzi

социального, институционального или правового характера, такие как стигматизация семей с одним родителем, дискриминация в отношении детей, которые рождены вне брака или воспитываются однополыми супружескими парами, степень узаконенности аборт и доступность вспомогательных репродуктивных технологий.

Между странами существуют различия в уровне узаконенности абортов. Примерно в 8 из 10 развитых стран аборт разрешается производить в течение первого триместра беременности по запросу женщины или на основании широко толкуемых социально-экономических причин (United Nations, 2013).

Спрос на вспомогательные репродуктивные технологии, такие как экстракорпоральное оплодотворение, увеличивается в развитых странах, где женщины предпочитают заводить детей в более поздний период своей репродуктивной жизни. Доступность вспомогательных репродуктивных технологий расширяет возможности выбора у супружеских пар, что позволяет им реализовать свои репродуктивные права в полном объеме. Это вносит незначительный, но растущий вклад в повышение рождаемости. В 2013 году на долю вспомогательных репродуктивных технологий в Европе приходилось 2,2 процента всех деторождений, а особенно высокие показатели (вплоть до 6,2 процента) отмечались в Дании, Словении, Финляндии и Чехии.

Рождаемость и высокий уровень развития человеческого потенциала и экономики

Когда менее обеспеченные страны достигают высокого уровня развития человеческого потенциала, рождаемость, как правило, снижается. По мере дальнейшего развития человеческого потенциала рождаемость может резко сократиться, причем намного ниже уровня простого воспроизводства населения.

В одних странах очень низкий показатель рождаемости затем увеличивался до умеренно низкого уровня, тогда как в других уменьшающаяся рождаемость стабилизировалась, не достигнув крайне

низкого уровня. У этих стран есть ряд общих черт: они достигли наивысшего уровня развития человеческого потенциала и наивысшего уровня ВВП на душу населения. Более того, они продвинулись дальше других в обеспечении гендерного равенства. Наряду с этим в этих странах все меньше людей вступают в брак, а если делают это, то в более позднем возрасте. В большинстве этих стран имеются хорошо функционирующие рынки труда, и молодым людям предоставляется возможность получить работу и жилье (Myrskylä et al., 2009; Luci-Greulich and Thévenon, 2014; Arpino et al., 2015; Goldscheider et al., 2015; Billari, 2018).

Во многих странах с рождаемостью близкой к уровню простого воспроизводства населения проводится политика и предоставляются услуги, стимулирующие многодетность, такие как финансируемые государством высококачественные услуги по уходу за детьми. Эта политика не нацелена ни на принуждение, ни на конкретное подстегивание темпов роста численности населения. Скорее она направлена на удовлетворение фактических потребностей семей и детей, а также уважение или укрепление прав человека, включая репродуктивные права.

Опыт, накопленный в странах с умеренно низкой рождаемостью, свидетельствует о том, что политические установки становятся наиболее эффективными и полезными в тех случаях, когда родителям предлагается широкий спектр средств поддержки, что расширяет их возможности сочетать работу с отдыхом и воспитанием детей.

Ни в одной стране мира отдельные люди и супружеские пары не имеют всех прав и возможностей самостоятельно и со всей ответственностью принимать решения относительно числа и сроков рождения своих детей и промежутков между их появлением на свет. Это справедливо и для стран с рождаемостью ниже уровня простого воспроизводства населения. Как правило, в этих странах многие супружеские пары и отдельные люди не могут заводить столько детей, сколько хотят, из-за препятствий социального, экономического, институционального и структурного характера.

Коэффициент суммарной рождаемости и показатель когортной исчерпанной рождаемости

Коэффициент суммарной рождаемости основывается на количестве деторождений у женщин различных возрастных групп в течение одного календарного года. Коэффициент суммарной рождаемости за календарный год рассчитывается как сумма возрастных коэффициентов рождаемости для каждой возрастной группы женщин в возрасте 15–49 лет.

Поскольку этот показатель равен сумме коэффициентов рождаемости во всех возрастных группах в течение одного календарного года, коэффициент суммарной рождаемости является средством измерения усредненного числа детей, которых женщины, входящие в ту или иную группу населения, имели бы на протяжении своей жизни при условии соответствия коэффициентам рождаемости в каждой из возрастных групп в одном и том же календарном году.

Преимущество коэффициента суммарной рождаемости заключается в том, что он может быть рассчитан, как только число деторождений в каждой возрастной группе за тот или иной календарный год публикуется статистическими ведомствами. Это способ получения результата по состоянию на определенный момент времени. Его недостаток состоит в том, что он никак не соотносится с фактическим опытом любой группы женщин на протяжении всей жизни. Например, женщины, которым в 2005 году исполнилось 18 лет, в 2006 году стали 19-летними, в 2007 году — 20-летними и так далее. Жизненный опыт любой реальной группы женщин растягивается на многочисленные календарные годы.

Если возрастные коэффициенты рождаемости имеются в наличии за многие годы, они могут складываться в соответствии с реальной продолжительностью жизни той или иной группы женщин. Например, коэффициент рождаемости у женщин, которым в 2005 году исполнилось 18 лет, складывается с коэффициентом рождаемости у тех женщин, которые в 2006 году стали 19-летними, в 2007 году — 20-летними и так далее до тех пор, пока женщины этой группы не достигнут 50-летнего возраста. Количественный результат, полученный путем

сложения коэффициентов за реальные периоды жизни вышеописанным образом, называется коэффициентом когортной исчерпанной рождаемости. Подобно коэффициенту суммарной рождаемости коэффициент когортной исчерпанной рождаемости служит средством измерения усредненного числа детей, которых женщины имели бы на протяжении своей жизни, но в этом случае периоды жизни являются фактическими периодами жизни.

Недостатком коэффициента когортной исчерпанной рождаемости является то, что он не может быть рассчитан до тех пор, пока подвергаемая анализу группа женщин не достигнет окончания своего детородного возраста. И хотя он представляет собой более точное средство измерения фактической рождаемости нежели коэффициент суммарной рождаемости, он не позволяет оперативно получить количественный результат. Этот показатель не дает никакой информации о моделях поведения более молодых женщин в том, что касается реализации репродуктивной функции в последние годы.

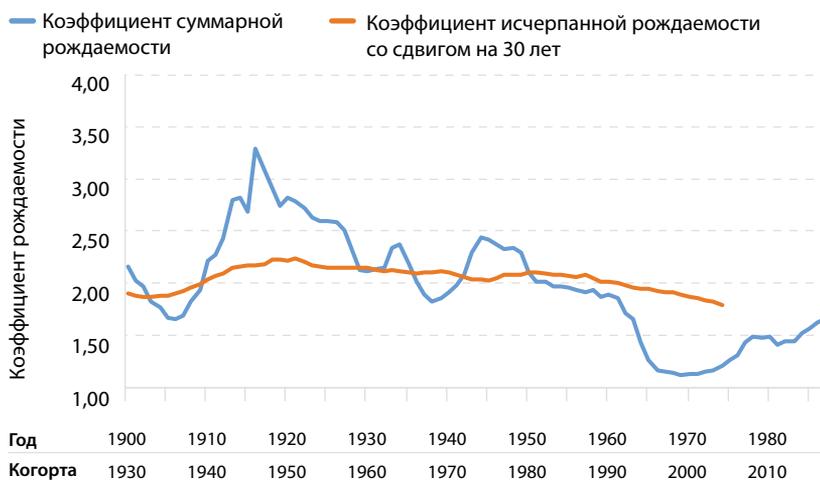
Когда рождаемость находится на высоком уровне, динамика изменения коэффициента суммарной рождаемости

(практически всегда направлена в сторону понижения) дает относительно надежную и актуальную картину тенденций изменения рождаемости. Именно по этой причине в предыдущих главах настоящего доклада был использован коэффициент суммарной рождаемости.

Однако, когда рождаемость находится на низком уровне, изменения в сроках деторождений или такие потрясения, как экономический спад, могут оказать сильное влияние на годовое число деторождений и, соответственно, на коэффициент суммарной рождаемости. Этот вывод проиллюстрирован нижеприведенной диаграммой, отображающей весьма значительные колебания коэффициента суммарной рождаемости в Чехии при весьма умеренной динамике изменения коэффициента когортной исчерпанной рождаемости.

Таким образом, в условиях низкой рождаемости важно знать о потенциально вводящей в заблуждение картине, которую дает тенденция изменения коэффициента суммарной рождаемости, и там, где это возможно, рассматривать также тенденции изменения коэффициента когортной исчерпанной рождаемости.

Долгосрочные изменения коэффициента суммарной рождаемости (1930–2015 годы) и коэффициента когортной исчерпанной рождаемости (среди женщин, родившихся в 1900–1974 годах) в Чехии





**Политика родительских отпусков
по уходу за детьми помогает
шведам заводить столько детей,
сколько они хотят**

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — ШВЕЦИЯ

© UNFPA/Melker Dahlstrand

«Родителям в Швеции не приходится делать выбор между профессиональной карьерой и родительскими обязанностями».

**Ханс Линде,
президент Шведской ассоциации
полового просвещения (RFSU)**

Андреас Асандер целует свою жену Элин на прощанье, когда она уходит на работу. После того, как она выходит на улицу, он берет свою 11-месячную дочь Эдду на руки, а 4-летнюю дочь Ло за руку и тоже направляется на улицу.

Первым делом надо отвести Ло в детский сад, а затем погулять с Эддой в парке неподалеку от их дома в пригороде Стокгольма. Затем они добираются до спортивной площадки на открытом воздухе, где Андреас занимается физическими упражнениями в то время, как Эдда крепко спит в своей прогулочной коляске.

«Шведская политика в области родительских отпусков помогает реализовать репродуктивные права и хорошо сказывается на состоянии экономики страны».

**Ханс Линде,
президент Шведской ассоциации
полового просвещения (RFSU)**

К 9 утра Андреас и Эдда возвращаются домой. Если Андреасу повезет, у него будет время, чтобы выпить чашку кофе до того, как Эдда проснется и потребует, чтобы он с ней поиграл перед тем, как ее покормить.

«В обычный день, мы делаем то, что нужно делать с ребенком, — говорит Андреас. — Мы играем, читаем книги, кушаем. Когда Эдда спит, я пытаюсь сделать что-нибудь по дому, например постирать и прибраться. А иногда выкраивается время, чтобы встретиться с друзьями, которые тоже находятся в родительском отпуске по уходу за ребенком».

Когда Андреас встретился с Элин, у нее уже был сын Джон, который учился в четвертом классе в школе напротив их дома. С самого начала эта супружеская пара решила, что они хотят иметь детей.



В Швеции система социального обеспечения поддерживает и поощряет общую родительскую ответственность. В общей сложности предоставляется 480 дней родительского отпуска по уходу за ребенком. По 90 дней отводится каждому из родителей, а оставшиеся 300 дней могут быть поделены между ними, причем вплоть до 30 дней могут быть взяты одновременно так, чтобы оба родителя были дома. Родитель получает вплоть до 110 долларов США в день за первые 390 дней и меньшую сумму за оставшиеся дни.

Элин оставалась дома в течение первых четырех месяцев после рождения Эдды. С тех пор Андреас заботится об Эдде по вторникам, пятницам и полдня в среду. Элин остается дома в другие два с половиной дня в неделю.

«Родителям в Швеции не приходится делать выбор между профессиональной карьерой

и родительскими обязанностями», — говорит президент Шведской ассоциации полового просвещения (RFSU) Ханс Линде. «Система родительских отпусков закладывает надежный фундамент равенства», — добавляет он.

«То, как мы все устроили, сохраняет нам больше энергии для работы и для заботы об Эдде», — говорит Андреас.

«Шведская политика в области родительских отпусков помогает реализовать репродуктивные права и хорошо сказывается на состоянии экономики страны», — говорит Линде. Уважение репродуктивных прав в Швеции позволило нам стать «одной из сильнейших стран мира в плане общественного благосостояния», — добавляет он.



**В общей сложности
предоставляется 480 дней
родительского отпуска по
уходу за ребенком.**

Каждый человек имеет право выбора

Рождаемость имеет большое значение. Это — зеркало, отражающее, куда люди пришли и откуда, их возможности и препятствия на их пути. Она определяет их будущие устремления, оказывая сильнейшее влияние на жизнь отдельных людей и общества в целом.



© JGI/Jamie Gril/Getty Images

На фоне сегодняшних широких разрывов между высокой и низкой рождаемостью как внутри стран, так и между ними, в вопросах рождаемости и ее движущих факторах наблюдаются большие различия. Но общее для всех стран заключается в том, что та степень, в какой супружеские пары и отдельные люди могут реализовать свои репродуктивные права, является важнейшим фактором, предопределяющим, сколько детей им суждено иметь и насколько рождение этих детей будет соответствовать тому, чего они хотят достичь в своей репродуктивной жизни.

В течение 50 лет, начиная с Международной конференции по правам человека 1968 года в Тегеране, правительства придерживаются

договоренности о том, что люди имеют право свободно и с чувством ответственности принимать решения в отношении размеров своей семьи. Они вновь решительно подтвердили это право на Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года. В Программе действий, принятой на этой конференции, провозглашается, что все супружеские пары и отдельные люди имеют право располагать необходимой информацией и средствами, позволяющими им принимать решение относительно количества рожденных детей, интервалов между их рождением и времени их рождения без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия.

В принятой в 2015 году Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года реализация репродуктивных прав стала ясно поставленной задачей в рамках одной из 17 Целей устойчивого развития и неотъемлемым элементом достижения всех других целей.

В соблюдении репродуктивных прав удалось достичь значительного прогресса. Тем не менее сегодня ни одна страна не может утверждать, что все группы населения пользуются этими правами на постоянной основе. Практически повсеместно социальные, институциональные и экономические условия по-прежнему лишают отдельных людей возможности свободно и ответственно заводить столько детей, сколько они хотят, и тогда, когда они этого хотят. Эта ситуация со всей очевидностью проявляется как в странах с высокой рождаемостью, так и в странах с низкой рождаемостью. И она сохраняет свою силу несмотря на растущую неотложность таких вопросов, как влияние рождаемости и ее способность подорвать или подстегнуть развитие экономики и предопределить ресурсы, необходимые для оказания основных социальных услуг. Она переключается с обеспокоенности многих людей, ограниченных в своих репродуктивных правах и возможностях выбора по причине опасений в отношении жилья, работы и ухода за детьми.

Настало время добиться, чтобы государственная политика была более тесно связана с целями отдельных людей. Люди нуждаются в знаниях и инструментах, которые откроют перед ними возможность принимать решения о том, заводить ли детей, и если да, то когда и как часто. Правительства, испытывающие обеспокоенность в связи с высокой или низкой рождаемостью, нуждаются в политических установках, обеспечивающих укрепление прав отдельных людей принимать собственные решения о времени зачатий и интервалах между беременностями. Согласование индивидуальных и государственных целей, а также их увязка с правами человека могут стать мощной движущей силой экономического и социального развития.

Что необходимо предпринять в каждой стране

В каждой стране необходимо определить набор услуг и ресурсов, необходимых для соблюдения репродуктивных прав всех граждан, обеспечения того, чтобы никто не остался забытым, и устранения социальных, экономических, институциональных и географических ограничений, мешающих супружеским парам и отдельным людям свободно и с чувством ответственности принимать решения в отношении количества и времени беременностей. В зависимости от уровня рождаемости некоторые меры могут оказаться более актуальными для отдельных стран. Но несколько вопросов стоят перед всеми странами, отражая те направления действий,



которые закладывают фундамент соблюдения репродуктивных прав, однако их недостаточность по-прежнему сохраняется в широких масштабах.

Выполнить обязательства по репродуктивным правам

179 правительств, представленных на Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года, одобрили концепцию репродуктивных прав и, в частности, права каждого человека свободно и с чувством ответственности принимать собственные решения относительно размера своей семьи, времени зачатия и деторождения. Эти права присущи каждому человеку. И все же принцип универсальности еще не воплощен в жизнь.

Чтобы приступить к заполнению имеющихся пробелов, странам следует рассмотреть вопрос о том, способствует ли их демографическая политика укреплению репродуктивных прав и расширению возможностей людей реализовывать собственные цели в отношении количества детей или ограничивает их способность принимать решения о размере своей семьи. Политические установки следует переосмыслить или привести в соответствие с реальными потребностями людей, с тем чтобы они могли заводить столько детей, сколько хотят, и тогда, когда хотят. Это требует рассмотрения целого ряда взаимосвязанных факторов, оказывающих влияние на реализацию репродуктивных прав и рождаемость, в том числе в области образования, работы, жилья и продовольственной безопасности. Бангладеш, например, решила свои задачи в области рождаемости необычайно быстрыми темпами, приняв всеобъемлющую концепцию развития человеческого потенциала в контексте национального развития, выдвигающую на первый план предоставление людям сбалансированного набора возможностей в сфере охраны здоровья, образования и получения дохода.

Одной из отправных точек в любой стране могло бы стать проведение регулярных общенациональных «проверок» положения дел в области соблюдения репродуктивных прав, с тем чтобы оценить, насколько законы, политические установки, бюджеты, услуги, информационно-пропагандистские кампании и другие мероприятия согласуются с репродуктивными правами в соответствии с их определением, принятым на Международной конференции по народонаселению и развитию. Чтобы такие проверки были основаны на всесторонней информации и ориентированы на защиту прав человека, в ходе их проведения следует запрашивать мнения экспертов, а также учитывать отклики широкой общественности.

В целом необходимо разработать более эффективные методы количественной оценки недостатков в деле защиты репродуктивных прав, охватывающие сферу здравоохранения, а также социальные, экономические и институциональные факторы.

Свести неудовлетворенную потребность к нулю

На долю женщин, испытывающих неудовлетворенную потребность в современных методах контрацепции, приходится более четырех из каждых пяти случаев непреднамеренной беременности в развивающихся странах (Guttmacher Institute, 2017). Но неудовлетворенная потребность отмечается не только в развивающихся странах. Она наблюдается практически повсеместно и даже в странах с низкой рождаемостью. В то время как во всем мире более зажиточные и более образованные женщины, проживающие в крупных городах, как правило, имеют ничем не ограниченный доступ к современным методам контрацепции, их менее обеспеченные и менее образованные сверстницы, проживающие в сельских районах, таким доступом не располагают. В ряде стран с низкой рождаемостью и более высоким уровнем дохода услуги по производству безопасных абортов легко доступны и предоставляются по приемлемой цене или бесплатно в отличие от некоторых видов контрацепции. Иницируемые и финансируемые государством национальные программы планирования семьи, преследующие цель сведения неудовлетворенной потребности в услугах по планированию семьи к нулю не позднее 2030 года, могут содействовать странам в достижении Целей устойчивого развития.

Уделять репродуктивному здоровью первоочередное внимание в системах здравоохранения

Услуги по охране репродуктивного здоровья во многих странах по-прежнему не получают того внимания или финансирования, которого они заслуживают, несмотря на влияние, которое они оказывают на широкий спектр прав человека и целей в области развития — от сокращения масштабов нищеты до вовлечения женщин в трудовую деятельность. Эти услуги следует рассматривать как неотъемлемую составную часть первичной медико-санитарной помощи наравне с вакцинацией и другими непреходящими элементами поддержания крепкого здоровья. Их следует сделать всеобъемлющими, высококачественными, доступными для всех и основанными на принципе расширения прав и возможностей людей принимать собственные решения. Более того, постановку вопроса, имеется ли у людей репродуктивного возраста столько детей, сколько они хотят, следует сделать стандартным элементом

профилактических медицинских осмотров, подкрепив ее предоставлением информации и рекомендаций тем людям, которые не удовлетворены имеющимися у них вариантами выбора.

Необходимо внедрять механизмы подотчетности, основанные на достоверных данных и ориентированные на полную реализацию прав человека на практике, что определяется тем, считают ли себя люди, обращающиеся в медико-санитарные учреждения, способными осуществить собственные цели в отношении рождения детей или нет.

Обеспечить всеобщий охват всесторонним половым просвещением

Чтобы реализовать свои репродуктивные права и принять собственное решение о том, стоит ли женщине беременеть, а также когда и как часто это делать, люди нуждаются в знаниях. Эти знания следует передать молодым людям до того, как они начнут вести активную половую жизнь. Соответственно, во все школьные учебные программы следует включать учитывающие возрастные особенности занятия по поэтапному и всестороннему половому просвещению, охватывающему вопросы прав человека, взаимоотношений с другими людьми, а также охраны сексуального и репродуктивного здоровья как фундаментальной основы обретения этого понимания. Основное внимание в наиболее успешных программах уделяется не только базовой информации о репродуктивной функции человека, но также принципу гендерного равенства и оказанию девочкам и мальчикам помощи в обретении уверенности в своих силах и навыков, необходимых для совершения осознанного и обоснованного выбора.

Принимать меры к достижению гендерного равенства по всем направлениям

Недостаточная защита прав женщин тесно переплетена с неполным соблюдением репродуктивных прав, и ни одну из этих проблем невозможно решить в отрыве от другой. Гендерная дискриминация, проявляющаяся, например, в том, что женщины не имеют доступа к услугам, в которых они нуждаются, чтобы сделать собственный выбор в отношении видов контрацепции, может привести к негативным последствиям для здоровья. Там, где женщины занимают подчиненное положение при принятии решений на уровне домохозяйства или подвергаются гендерно мотивированному насилию, они, вероятно, имеют немного возможностей контролировать свою репродуктивную функцию.

В идеале принцип гендерного равенства следует закреплять во всех национальных политических установках и видах практической деятельности, а также ставить в центр организации работы

всех систем здравоохранения. Гендерно ориентированные бюджеты, при составлении которых политические установки, обеспечивающие мобилизацию и расходование государственных ресурсов, рассматриваются под углом их вклада в обеспечение гендерного равенства, могут стать одним из важных инструментов ускорения прогресса. Во всех усилиях, направленных на обеспечение гендерного равенства, должно уделяться внимание тому, каким образом гендерный фактор может пересекаться с другими формами дискриминации и социальной изоляции по признаку возраста, инвалидности, местоположения, этнической принадлежности и так далее. Например, вероятность того, что девочка, проживающая в сельской местности, вступит в брак в детском возрасте, в два раза выше, чем у девочки, проживающей в крупном городе.

Работа по формированию социальных норм имеет решающее значение для преобразования некоторых из наиболее укоренившихся движущих факторов гендерного неравенства. Несмотря на то что женщины во всем мире все больше осознают свои права и возможность действовать на их основе, жизненные установки мужчин по-прежнему остаются основным препятствием на пути к их реализации. Это со всей очевидностью отражается в том, что повсеместно на женщин возлагается несоразмерно большое бремя неоплачиваемой работы по уходу за членами семьи, а мужчины по-прежнему не желают принимать равное участие в домашних заботах даже в тех странах, которые добились значительных успехов в продвижении к гендерному равенству. Одним из последствий этого является то, что некоторые женщины будут иметь меньше детей, чем они предпочли бы. И наоборот, для тех, кто имеет больше детей, чем хотелось бы, необходимость выполнять работу по дому может стать непреодолимым барьером на пути к другим видам деятельности, таким как оплачиваемая работа или участие в жизни общины.

Что необходимо предпринять в странах с высоким уровнем рождаемости

Страны с высоким уровнем рождаемости, как правило, также ведут борьбу с широко распространенной нищетой и перегруженностью социальных служб, особенно в сельских районах. Несмотря на то что некоторые люди в этих странах, особенно городская молодежь, предпочитают заводить меньше детей, реализация репродуктивных прав в полном объеме будет означать, что каждый может сделать осознанный выбор. В этих странах, как правило, наблюдается высокий уровень неудовлетворенной



© Abbie Traylor-Smith/Panos Pictures

потребности в противозачаточных средствах, а это свидетельствует о том, что основные препятствия на пути к использованию одного из основных инструментов достижения репродуктивных целей, имеющихся в распоряжении супружеских пар, по-прежнему сохраняются.

Расширить сферу охвата услугами по охране репродуктивного здоровья и повысить их качество

Отправной точкой для реализации репродуктивных прав и расширения прав и возможностей людей, с тем чтобы они заводили столько детей, сколько хотят, является предоставление услуг по охране репродуктивного здоровья тем, кто находится в самых неблагоприятных жизненных условиях. В странах с высокой рождаемостью к таким людям зачастую относятся менее обеспеченные жители сельских районов. Услуги, независимо от того, предоставляются они в медицинских клиниках или общинными работниками, могут выстраиваться на основе комплексных моделей, в рамках которых предоставление средств планирования семьи сочетается с пропагандистской работой, направленной на изменение социальных норм, в том числе тех, которые создают препятствия к применению противозачаточных средств и сдерживают продвижение вперед в деле расширения прав и возможностей женщин. Наряду с этим такие услуги могут стать отправной точкой для оказания базовой поддержки жертвам гендерно мотивированного насилия и их перенаправления в специализированные центры.

В рамках систем здравоохранения необходимо обеспечить, чтобы все женщины, независимо от того, где они проживают — в городах или сельской местности, имели равный доступ к полному спектру вариантов контрацепции, а также другим предметам первой необходимости, таким как средства защиты от инфекций, передаваемых половым путем, и соответствующие лекарства. С учетом того, что на сегодняшний день презервативы являются наиболее распространенным методом контрацепции среди одиноких людей, можно было бы приложить дополнительные усилия к тому, чтобы увязать программы планирования семьи и борьбы с ВИЧ-инфекцией. Поскольку речь идет о защите прав человека, а также учитывая роль высокой младенческой и детской смертности как движущей силы высокой рождаемости, малоэффективные программы в области охраны здоровья матери и ребенка необходимо укреплять посредством вспомогательных программ в области улучшения питания, повышения уровня продовольственной безопасности и расширения прав и возможностей женщин. К другим первоочередным задачам относятся укрепление информационных систем по вопросам управления в области здравоохранения, в том числе посредством выявления диспропорций в качестве и доступности обслуживания и необходимости инвестиций в развитие потенциала медицинских работников, особенно кадровых сотрудников среднего звена, таких как акушерки.

Обеспечить, чтобы о своих репродуктивных правах и о том, как их реализовать, знал каждый человек

Соблюдение социальных норм в сочетании с недостатками в сфере охвата услугами по планированию семьи могут оказать серьезное влияние на поддержание высокого уровня рождаемости. Необходимо критически относиться к социальным нормам, затрудняющим осознанный выбор в отношении числа и времени беременностей, поскольку в противном случае отдельные люди не смогут реализовать свои репродуктивные права.

Пропагандистские кампании, направленные на изменение моделей поведения, являются одним из методов изменения социальных норм. Такие кампании необходимо проводить и в сельских районах, в частности там, где доступ к информации более всего ограничен, при этом их целью должно стать продвижение принципов расширения прав и возможностей и защиты прав человека. Это означает, например, что на первый план следует выдвигать не только информацию о том, как использовать противозачаточные средства, но и предлагать помощь в обсуждении вопросов о том, каким может стать размер их семьи, как это скажется на их будущем, а также что будет, если на уровне домохозяйства мужчины и женщины начнут принимать совместные решения.

Искоренить практику вступления в брак в несовершеннолетнем возрасте

Вступление в брак в раннем возрасте само по себе является нарушением прав человека, что, как правило, приводит к лишению несовершеннолетнего человека и других прав, в том числе репродуктивных. Меры защиты от вступления в брак в несовершеннолетнем возрасте необходимо закрепить в законодательстве и поддержать на практике. Однако практика вступления в брак в несовершеннолетнем возрасте, имеющая повсеместное распространение в некоторых странах, требует также прилагать систематические усилия по борьбе с глубоко укоренившимися предрассудками о целях и допустимости этого обычая.

Социально влиятельные лица и лица, принимающие решения, такие как традиционные вожди и парламентарии, могут возвысить свой голос, побуждая людей воспринять «новую норму». Повышение осведомленности может стать эффективным средством продвижения базовой информации о вреде беременности в раннем возрасте, которая сопровождает большинство детских браков. Качественное образование — это еще одна опора, позволяющая девочкам продолжить посещать школу и открывающая перед ними



©Simon Straetker/Ascent Xmedia/Getty Images

возможность узнать о своих правах, обратиться за помощью в случае опасности и развить навыки, позволяющие сделать осознанный выбор на разных этапах своей жизни.

Уделять первоочередное внимание трудоустройству сельских женщин

Для женщин всего мира вступление в современные экономические отношения обеспечивает доход, доступ к информации и формирование нового образа мышления, а также открывает возможности участия в общественной жизни за пределами своего дома. Это также приводит в действие механизмы снижения рождаемости. В странах с высокой рождаемостью женщины, проживающие в сельских районах, имеют наименьший доступ к качественным рабочим местам и устойчивым источникам средств к существованию. Политика в области образования, сельского хозяйства и формирования рынка труда могла бы во многих случаях быть в большей степени ориентирована на удовлетворение потребностей этих женщин. Многим из этих политических установок по-прежнему присущ гендерно нейтральный подход, который на практике означает, что они ставят в привилегированное положение главным образом мужчин. Женщины вносят, к примеру, существенный вклад в экономику, основанную на сельском хозяйстве, но службы распространения сельскохозяйственных знаний зачастую по-прежнему ориентированы в основном на фермеров мужского пола.

Расширение экономических прав и возможностей сельских женщин в значительной степени зависит от обеспечения равенства прав на владение землей и имуществом, а также наличия равного доступа к источникам финансирования и технологиям. Вовлечение все большего числа сельских женщин в программы профессионально-технической подготовки и выдвигание на первый план их доступа к более высоким уровням образования также могут стать первоочередными задачами. Допуск женщин к работе в органах местного самоуправления укрепляет их право на участие в общественной жизни и может оказать влияние на формирование местной повестки дня в отношении предоставления услуг, в которых нуждаются женщины. Расширение прав и возможностей, способствующих повышению осведомленности и уверенности в своих силах, может побудить женщин выступить в своей общине в качестве примера для подражания и проводника изменений социальных норм, в том числе по вопросам деторождения и планирования семьи.

Уделять первоочередное внимание финансированию услуг по охране репродуктивного здоровья

Охрана репродуктивного здоровья по самым разнообразным причинам по-прежнему не получает подобающего ей места во многих национальных бюджетах здравоохранения. Беднейшие страны по-прежнему зависят от финансирования со стороны международных доноров, которые в последние годы уделяют меньше внимания услугам по охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи. С учетом далеко идущих последствий изменения рождаемости и в соответствии с обязательствами в области защиты репродуктивных прав и формирования высокоэффективных партнерских отношений в целях развития, охрану репродуктивного здоровья необходимо ставить во главу угла при мобилизации финансовых средств, поступающих на развитие системы здравоохранения как по линии внутренних, так и международных источников финансирования.

Что необходимо предпринять в странах со средним уровнем рождаемости

Несмотря на то что страны с рождаемостью больше двух, но менее четырех деторождений в расчете на одну женщину различаются по уровням общего развития, они, как правило, обладают глубокими знаниями и обеспечивают более широкий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья и соответствующей информации, а обычным людям, проживающим в этих странах, уже удалось заглянуть в будущее, где их благополучие, вне зависимости от уровня дохода или качества образования, неразрывно

связано с их выбором в отношении количества детей у себя в семье. Некоторые из этих стран одновременно решают проблемы снижения высокой рождаемости в одной группе или сообществе людей и повышения низкой рождаемости в другой, преодоления неспособности рынка оплачиваемого труда обеспечить занятость молодых людей и замедления исторически сложившихся темпов стремительного старения населения, что в своей совокупности создает значительную социально-экономическую нагрузку.

Устранить диспропорции в предоставлении услуг по охране репродуктивного здоровья

Многие страны со средним уровнем рождаемости добились прогресса в расширении сферы охвата системами здравоохранения на уровне, как правило, превышающим уровень стран с высокой рождаемостью. Поскольку рождаемость в этих странах находится на умеренном уровне, неотложность мер, направленных на ее увеличение или снижение на национальном уровне, может выглядеть менее насущной. Вместе с тем рассмотрение вопросов усредненной рождаемости в отрыве от других аспектов скорее всего приведет к упущениям в том, что касается преодоления неослабевающих диспропорций в реализации репродуктивных прав, которые необходимо устранять в соответствии с обязательством следовать принципу универсальности. Эти диспропорции могут найти свое отражение, к примеру, в высоких показателях непреднамеренных беременностей и неудовлетворенной потребности в противозачаточных средствах.

Жители отдаленных районов, этнические меньшинства, молодежь, не состоящие в браке люди, сельская и городская беднота входят в число тех групп населения, которые остаются забытыми в том, что касается обеспечения доступа к полному спектру методов, услуг и знаний в области предотвращения беременности. Необходимо обеспечить, чтобы эти услуги стали не только физически доступными для этих групп населения, но также адаптированными к их потребностям, например, с помощью доведения до сведения этих людей надлежащей информации о планировании семьи. Можно приложить больше усилий к тому, чтобы этим людям был предоставлен полный спектр вариантов услуг в области планирования семьи, а также открыть им доступ к вспомогательным репродуктивным технологиям и затем расширить сферу охвата этими услугами.

С учетом высоких показателей несвоевременных и нежеланных беременностей в некоторых из этих стран, модели обслуживания и средства измерения их эффективности следует ориентировать на обеспечение того, чтобы права, реализованные в принципе, не были утрачены на практике —

это может произойти, например, если партнер женщины не разрешает ей реализовать свое право воспользоваться противозачаточными средствами, чтобы самостоятельно решить, когда и как часто беременеть. Следует укреплять взаимосвязи между программами планирования семьи, инициативами по предотвращению гендерно мотивированного насилия и защите от него и мерами по расширению экономических прав и возможностей женщин. Эти взаимосвязи могут быть реализованы на самом базовом уровне, например в рамках систем первичного медицинского осмотра и перенаправления к специалистам, с тем чтобы когда женщины обращаются за услугами по планированию семьи, все было готово к тому, чтобы выявить их другие нужды и дать им возможность воспользоваться дополнительными ресурсами.

Прилагать больше усилий к повышению уровня охвата молодежи и подростков, особенно не состоящих в браке

В населении ряда стран со средним уровнем рождаемости большую долю от общего числа составляют молодежь и подростки — историческое наследие недавних периодов, характеризовавшихся высокой рождаемостью. И все же меры реагирования на потребности молодых людей в области охраны репродуктивного здоровья запаздывают даже несмотря на то, что эта группа будет подпитывать значительный рост численности населения, когда они начнут обзаводиться своими собственными детьми. Барьеры на пути получения доступа к услугам включают предположения о том, что существует некая модель предоставления услуг, пригодная для всех ситуаций, что подростки слишком молоды, чтобы вести активную половую жизнь, и что молодежи, не состоящей в браке, следует воспретить пользоваться противозачаточными средствами.

В какой-то мере сами молодые люди, имеющие доступ к огромному объему информации, которая поступает в их распоряжение благодаря современным техническим средствам, делают свой выбор в пользу меньшей рождаемости. Но они нуждаются в более последовательной и качественной поддержке. К ней относится всестороннее сексуальное просвещение, а также ориентированные на нужды молодежи услуги и информация в области охраны репродуктивного здоровья. Предоставление услуг, не разграничивающих молодых людей и подростков на состоящих и не состоящих в браке, может обеспечить еще более широкую сферу охвата. В любом случае поставщикам услуг следует проявлять уважение к своим клиентам, особенно девочкам, и ориентироваться на защиту и расширение их прав и возможностей.

Подростковый возраст — это период развития умственных способностей, который сопоставим только с ранним детством, и именно в подростковом возрасте закладываются те модели поведения, которые будут направлять осознанные решения этих людей относительно охраны репродуктивного здоровья и реализации своей репродуктивной функции на протяжении всей жизни. Не менее важно и то, что именно здесь находится точка невозврата, когда многие молодые жизни катятся под откос после вступления в брак в детском возрасте или незапланированной беременности, что может оказаться неизбежной судьбой девочек, перспективы которых ограничиваются по причине некачественного образования и вялых рынков труда. В этих случаях политические установки в области народонаселения и охраны репродуктивного здоровья необходимо увязывать с политическим курсом, направленным на обеспечение стабильного перехода к взрослой жизни, в том числе за счет выхода на рынок труда.

Расширить варианты трудоустройства женщин и их участия в трудовой деятельности

В ряде стран со средним уровнем рождаемости отмечаются низкие уровни участия женщин в трудовой деятельности даже в тех случаях, когда имеется равенство между мужчинами и женщинами в уровне полученного образования. Это отражает дискриминационные представления, согласно которым женщины не допускаются к оплачиваемым рабочим местам и вынуждены заниматься непрофессиональным трудом, или их способность выполнять работу подрывается несправедливым бременем обязанностей по безвозмездному уходу за членами семьи. Многие женщины сталкиваются с нехваткой услуг по уходу за детьми, а также других услуг, которые облегчили бы нахождение эффективного баланса между семейными обязанностями и трудовой деятельностью. Это может повлечь за собой ситуацию, когда все больше женщин и детей не смогут вырваться из тисков нищеты, что нанесет удар развитию формирующейся рыночной экономики в целом и подрвет значимость личных и общественных инвестиций в образование. Не менее важно то, что женщины теряют возможность и право планировать состав своих семей, в частности по причине более ограниченного доступа к информации и зависимости от партнеров-мужчин и их доходов.

Необходимо выдвигать конкретные политические инициативы, направленные на сужение разницы в оплате труда мужчин и женщин, а также ограничение тех моделей трудоустройства, которые по-прежнему заставляют женщин заниматься малопродуктивным трудом. Дискриминационные законы, в том числе воспрещающие женщинам работать в определенных профессиях или

предусматривающие выход на пенсию в более раннем возрасте, необходимо отменять. Все эти страны могли бы рассмотреть вопрос о мерах по обеспечению всеобщей доступности детских дошкольных учреждений и отпусков по беременности и родам, а также по уходу за детьми для матерей и отцов, включая тех из них, кто работает в неформальном секторе или занимается индивидуальной трудовой деятельностью.

Гендерно ориентированная политика на рынке труда могла бы быть в большей степени сосредоточена на активном стимулировании участия женщин в трудовой деятельности. Программы оказания помощи в поисках работы, соответствующей имеющейся квалификации, стажировки и передача навыков от наставников ученикам, а также инициативы в области профессионально-технического обучения могли бы охватывать большее число женщин и одновременно стимулировать их трудовую деятельность по профессиям, выходящим за рамки традиционных гендерных ролей. В рамках структурного преобразования экономики, направленного на создание более продуктивных рабочих мест, женщины нуждаются в равных шансах реализовать новые возможности, в том числе в области науки и техники.

С учетом высокой доли женщин, уезжающих из некоторых стран со средней рождаемостью в поисках работы, и их значительного вклада в развитие экономики в форме семейных денежных переводов, необходимо принять меры к тому, чтобы миграция стала не только безопасным процессом с точки зрения трудовых норм, но и способствовала реализации репродуктивных прав. Это предусматривает, в частности, обеспечение равного доступа к услугам по планированию семьи и комплексную защиту от сексуального и гендерно мотивированного насилия в странах назначения, а также оказание помощи в возвращении в страну происхождения в соответствующем возрасте тем женщинам, которые хотят создать семью.

Институционализировать правозащитный подход при составлении бюджетов и расходовании государственных средств

Многие страны со средней рождаемостью сталкиваются с комплексными ограничениями в финансировании систем общественного здравоохранения по причине сокращения объемов официальной помощи в целях развития, неэффективного налогообложения или высоких расходов по обслуживанию государственного долга. Это заставляет определять первоочередные статьи расходов, что может привести к весьма



© Jasper Cole/Getty Images

быстрому отказу от финансирования услуг по охране репродуктивного здоровья. В некоторых странах эти услуги приватизируются и становятся столь дорогими, что могут оказаться недоступными по цене для менее обеспеченных людей и молодежи, а это наносит ущерб их правам.

Основанный на правах человека подход к составлению бюджетов может привести к возникновению новых вариантов выбора, таких как увеличение ассигнований на обеспечение всеобщего доступа к полному спектру противозачаточных средств и корректировка налоговой политики в целях получения доходов, которые можно направить на укрепление и расширение этих услуг. Дебаты по таким вариантам выбора могли бы основываться на более четком понимании той роли, которую рождаемость и репродуктивные права играют в формировании здорового и стабильного общества и процветающей экономики, приносящих пользу всем людям, проживающим в той или иной стране и за ее пределами.

Что необходимо предпринять в странах с низким уровнем рождаемости

В странах с низкой рождаемостью, как правило, отмечаются более высокие уровни формального образования и гендерного равенства, а также сдвиги в социальных нормах, которые приводят к более позднему вступлению в брак и повышенным уровням расторжения брака и внебрачных беременностей и деторождений. Прежде чем создать семью, многие женщины занимаются

выстраиванием своей профессиональной карьеры, чтобы быть экономически независимыми. И все же женщины, проживающие в странах с низким уровнем рождаемости, нередко сообщают, что у них нет столько детей, сколько бы им хотелось. Барьеры на пути реализации их репродуктивных прав включают экономические трудности, отсутствие жилья, неопределенность на рынках труда и застарелые пробелы в поддержке, позволяющей найти баланс между работой и семейной жизнью.

Низкая рождаемость означает, что родители с меньшим числом детей могут вкладывать больше времени и ресурсов в обеспечение благополучия тех детей, которые у них уже есть. Но это сопровождается старением населения, которое неизбежно влечет за собой медицинские расходы и сокращение численности рабочей силы.

Прилагать больше усилий к тому, чтобы рождаемость соотносилась с реализацией репродуктивных прав

Некоторые страны с низкой рождаемостью располагают высокоразвитыми службами планирования семьи, которыми охвачены даже менее обеспеченные слои населения и которые помогают уберечь подростков от непреднамеренной беременности. Тем не менее эти службы зачастую не реагируют на сдвиги в потребностях женщин и супружеских пар, происходящие по мере изменения рождаемости. К числу сохраняющихся недостатков в реализации репродуктивных прав относятся недостатки, которые сказываются на жизни женщин старшего возраста, отложивших беременность и деторождение, а также отсутствие полного спектра доступных методов контрацепции. Экстракорпоральное оплодотворение и другие методы лечения бесплодия, применяемые с соблюдением соответствующих этических руководящих принципов и медицинских стандартов, становятся одним из вариантов, которым могут воспользоваться некоторые женщины. Но чтобы эти процедуры стали широко доступными, потребуется решить такие вопросы, как их запретительная цена. В рамках программ в области планирования семьи следует обеспечить, чтобы женщины и супружеские пары имели доступ к полному спектру методов контрацепции, что позволит им выбрать тот способ, который наилучшим образом отвечает их конкретным потребностям и предпочтениям.

Расширять спектр и сферу охвата политических установок, ориентированных на потребности семьи

Оказать людям поддержку в реализации их репродуктивных прав, в том числе в плане создания

или расширения состава семьи, могут усилия по предоставлению всего спектра основных услуг по охране репродуктивного здоровья, а также целый ряд соответствующих политических установок и практика их осуществления. Необходимо сделать так, чтобы такие меры стали общедоступными. Примерами служат оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком для мужчин и женщин, налоговые каникулы для семей, согласование расписания занятий в школе и графиков рабочего времени, гибкий график работы и доступное по цене жилье. Политические установки, связанные с удовлетворением потребности в трудоустройстве, необходимо обновлять в соответствии с изменениями на рынке труда, приводящими к нестабильной занятости, например, посредством обеспечения непрерывности медицинского страхования и пенсионного обеспечения. Эти меры следует дополнять усилиями, направленными на оспаривание и преобразование гендерных норм, регулирующих разделение труда в домохозяйстве и обязанностей по уходу за детьми, которые по-прежнему являются одним из основных препятствий на пути участия женщин в оплачиваемой трудовой деятельности.

Расширять доступ к услугам по уходу за детьми

Во многих странах считается, что именно женщина должна нести основную ответственность за воспитание детей, и это вынуждает женщин делать выбор между рождением детей и участием в оплачиваемой трудовой деятельности. Некачественные, отсутствующие или недоступные по цене услуги по уходу за детьми усугубляют эту проблему. Для многих женщин рождение ребенка означает, что им придется прекратить работать или не возвращаться к трудовой деятельности дольше, чем хотелось бы, что сказывается на их заработках и производительности труда.

Чтобы решить эту проблему, необходимо предпринять ряд взаимосвязанных мер. Необходимо сделать так, чтобы услуги по уходу за детьми стали общедоступными вне зависимости от наличия возможности оплатить их. Это следует увязывать с реализацией программ развития детей в раннем возрасте, которые создают дополнительные преимущества для нового поколения с точки зрения социализации, умственного развития и заблаговременной подготовки к получению начального образования. Информационно-пропагандистские кампании могли бы содействовать укреплению формирующихся норм, создающих благоприятные условия для обеспечения более высокой сбалансированности в распределении обязанностей в сфере неоплачиваемой работы по уходу за членами семьи между женщинами и мужчинами.

Смягчать негативные последствия неустойчивости на рынках труда

Поиск достойной работы становится все более затруднительным для молодых людей, проживающих в странах с низкой рождаемостью. Эта проблема может усугубляться с течением времени по причине кардинальных сдвигов в мировой экономике и повышения уровня автоматизации производства. Число так называемых рабочих мест для начинающих уменьшается, а многие рабочие места на производстве просто ликвидированы. Реальные доходы снижаются. Краткосрочные трудовые договоры или работа на условиях договора подряда заменяет стабильную занятость с долгосрочными перспективами. В некоторых странах культура производственных отношений остается жесткой и требовательной, принуждая проводить на работе много часов. В тех случаях, когда рынок труда перенасыщен, люди начинают уезжать в другие страны, что ускоряет сокращение численности населения и снижение производительности труда.

Там, где молодые люди не уверены в своем будущем благополучии, многие из них предпочитают отложить создание семьи. Несмотря на то что средства поддержки, такие как недорогие и доступные услуги по уходу за детьми и гибкие графики работы, имеют решающее значение, они не способны компенсировать преобладание низкокачественных рабочих мест и недостаточного дохода. Эти проблемы могут потребовать более активного и пристального внимания к формированию структуры экономики и возможностей трудоустройства, которые в ней возникают, в неразрывной связи с мерами, направленными на обеспечение того, чтобы молодые люди обладали надлежащими навыками, позволяющими им устроиться на достойную работу.

В некоторых странах необходимо организовать политические дискуссии по вопросам характера

и качества занятости, а также углубления неравенства, которое зачастую предопределяется низким качеством рабочих мест. В такие дискуссии следует вовлекать представителей государственных ведомств, работодателей из частного сектора, профсоюзов, преподавательского сообщества и других активных членов общества и нацеливать их на формирование более справедливых и всеохватных вариантов трудоустройства, способствующих реализации репродуктивных прав и других прав человека. С учетом непрерывно меняющегося трансграничного перемещения экономической деятельности, людей и рабочих мест часть этой дискуссии включает также региональный и глобальный компоненты.

Завершение демографического перехода посредством реализации прав

Во всем мире исторически сложившийся переход к более низкой рождаемости возникал благодаря людям, заявляющим о своем праве делать собственный выбор в отношении своей репродуктивной жизни и того, сколько заводить детей и в какие сроки. Это право было закреплено в международных декларациях, конвенциях и других соглашениях, принятых за последние 50 лет.

Однако не менее важная в историческом плане разница в уровнях рождаемости, сложившаяся за этот период, свидетельствует о том, что странам не удалось выполнить взятые на себя обязательства. Социальные, экономические и институциональные барьеры на пути реализации репродуктивных прав повсеместно сохраняют свою силу, ложась тяжким бременем на отдельных людей и общество, в котором эти люди живут. Эти препятствия могут быть самыми разными, но ни одна страна все еще не может претендовать на то, что уже освободилась от них. Будущее благополучие во многом зависит от устранения этих препятствий. Демографический переход в сфере рождаемости завершится только тогда, когда каждый человек реализует свое право выбора.



Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна,
территория
или иной
район

Страна, территория или иной район	Охрана сексуального и репродуктивного здоровья										Вредные обычай		Образование					
	Коэффициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений) ¹	Интервал неопределенности КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимавших квалифициро- ванным медицинским персоналом (в %)	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15-19 лет	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15-49 лет		Неудовлет- воренная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15-49 лет ²	Доля спроса, удовлетворен- ного современ- ными методами, у женщин в возрасте 15-49 лет ³	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав (в %)	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в %)	Распростра- ненность КОЖПО среди девушек в возрасте 15-19 лет (в %)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в %)		Индекс гендерного паритета, начальное образование	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в %)		Индекс гендерного паритета, среднее образование
		2015	Нижняя оценка 2015			Верхняя оценка 2015	2006-2017						2006-2017	Любой метод ⁴		Современный метод ⁵	2007-2016	
Австралия	6	5	7	100	12	66	64	11	83	-	-	-	96	97	1,01	93	94	1,01
Австрия	4	3	5	98	8	67	64	10	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Азербайджан	25	17	35	100	53	58	28	13	39	-	11	-	96	94	0,98	-	-	-
Албания	29	16	46	99	20	63	25	14	32	62	10	-	96	95	0,99	87	85	0,98
Алжир	140	82	244	97	12	64	56	10	77	-	3	-	100	98	0,98	-	-	-
Ангола	477	221	988	50	163	17	15	36	29	-	30	-	89	66	0,75	13	10	0,79
Антигуа и Барбуда	-	-	-	-	-	63	61	14	80	-	-	-	82	81	0,99	73	76	1,04
Аргентина	52	44	63	100	65	69	66	11	82	-	-	-	100	100	1,00	86	91	1,05
Армения	25	21	31	100	24	58	30	13	43	66	5	-	92	93	1,01	93	92	0,99
Аруба	-	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	99	99	1,00	73	81	1,10
Афганистан	396	253	620	51	87	26	23	25	46	-	35	-	-	-	-	62	36	0,58
Багамские Острова	80	53	124	-	32	67	65	12	83	-	-	-	85	92	1,08	79	86	1,09
Бангладеш	176	125	280	50	78	64	57	12	76	-	59	-	90	100	1,11	60	67	1,12
Барбадос	27	19	37	99	50	62	58	15	76	-	11	-	92	94	1,03	93	100	1,07
Бахрейн	15	12	19	100	14	67	48	11	62	-	-	-	97	99	1,02	92	94	1,02
Беларусь	4	3	6	100	16	73	60	7	75	-	3	-	96	97	1,00	97	99	1,01
Белиз	28	20	36	97	69	54	51	19	70	-	26	-	100	99	0,99	71	74	1,04
Бельгия	7	5	10	-	7	72	71	7	90	-	-	-	98	98	1,00	93	94	1,01
Бенин	405	279	633	77	94	20	14	30	28	38	26	2	100	90	0,90	53	40	0,75
Болгария	11	8	14	100	39	72	53	10	65	-	-	-	93	93	1,00	91	89	0,97
Боливия (Многонациональное Государство)	206	140	351	90	71	66	48	16	59	-	19	-	91	90	0,99	78	78	1,00
Босния и Герцеговина	11	7	17	100	11	49	20	15	31	-	4	-	-	-	-	-	-	-
Ботсвана	129	102	172	100	39	59	57	14	79	-	-	-	89	90	1,01	-	-	-
Бразилия	44	36	54	99	62	80	77	7	88	-	26	-	94	95	1,01	80	83	1,04
Бруней Даруссалам	23	15	30	100	11	-	-	-	-	-	-	-	97	96	1,00	82	84	1,03
Буркина-Фасо	371	257	509	80	129	26	25	27	47	20	52	58	77	75	0,97	28	28	0,99
Бурунди	712	471	1 050	85	58	32	27	28	45	49	20	-	97	97	1,00	31	34	1,08
Бутан	148	101	241	89	28	62	62	13	83	-	26	-	82	84	1,02	59	68	1,16
Бывшая югославская Республика Македония	8	5	10	100	16	47	22	18	33	-	7	-	92	92	1,00	-	-	-
Вануату	78	36	169	89	78	45	40	23	59	-	21	-	86	88	1,03	48	51	1,07
Венгрия	17	12	22	-	23	68	60	10	76	-	-	-	97	97	1,00	89	89	1,00
Венесуэла (Боливарианская Республика)	95	77	124	96	95	73	68	11	82	-	-	-	89	89	1,00	69	74	1,07
Виргинские острова Соединенных Штатов Америки	-	-	-	-	25	68	63	11	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вьетнам	54	41	74	94	30	79	65	5	77	-	11	-	-	-	-	-	-	-
Габон	291	197	442	89	91	36	25	25	41	48	22	-	-	-	-	-	-	-
Гаити	359	236	601	49	55	36	33	36	46	56	18	-	-	-	-	-	-	-
Гайана	229	184	301	86	74	42	40	28	58	71	30	-	95	97	1,02	81	86	1,06
Гамбия	706	484	1 030	57	88	13	12	26	31	41	30	76	75	83	1,10	-	-	-
Гана	319	216	458	71	76	33	28	27	47	52	21	2	84	86	1,02	52	53	1,01
Гваделупа	-	-	-	-	-	59	54	16	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гватемала	88	77	100	63	92	61	51	14	68	65	30	-	87	87	1,00	48	46	0,96

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или иной район	Охрана сексуального и репродуктивного здоровья										Вредные обычаи		Образование					
	Коэффициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений) ¹	Интервал неопределенности КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в %)	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15-19 лет	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15-49 лет		Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15-49 лет ²	Доля спроса, удовлетворенного современными методами, у женщин в возрасте 15-49 лет ³	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав (в %)	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в %)	Распространенность КОЖПО среди девушек в возрасте 15-19 лет (в %)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в %)		Индекс гендерного паритета, начальное образование	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в %)		Индекс гендерного паритета, среднее образование
		2015	Нижняя			Верхняя	2006-2017						2006-2017	Любой метод ⁴		Современный метод ⁵	2018	
	Гвинея	679	504	927	63	146	10	8	25	24	23	51	95	86	74	0,86	40	26
Гвинея-Бисау	549	273	1 090	45	106	19	18	21	44	–	24	42	74	70	0,95	–	–	–
Германия	6	5	8	99	8	63	62	11	83	–	–	–	–	–	–	–	–	
Гондурас	129	99	166	83	103	73	65	10	78	70	34	–	82	84	1,02	42	49	1,16
Гонконг (САР, Китай)	–	–	–	–	3	76	72	7	88	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гренада	27	19	42	–	–	65	62	13	80	–	–	–	96	97	1,01	83	90	1,08
Греция	3	2	4	–	8	70	50	9	63	–	–	–	94	93	1,00	90	89	0,99
Грузия	36	28	47	100	44	55	40	15	58	–	14	–	98	98	0,99	94	97	1,03
Гуам	–	–	–	–	38	53	46	16	66	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Дания	6	5	9	94	3	70	67	10	84	–	–	–	99	99	1,01	88	92	1,04
Джибути	229	111	482	87	21	27	26	29	47	–	5	90	62	56	0,89	38	32	0,83
Доминика	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	97	99	1,02	90	97	1,08
Доминиканская Республика	92	77	111	100	90	71	69	11	84	77	36	–	88	88	1,00	62	71	1,13
Египет	33	26	39	92	56	61	59	12	81	–	17	70	98	99	1,01	81	82	1,00
Замбия	224	162	306	63	141	54	50	18	69	47	31	–	87	89	1,02	–	–	–
Западная Сахара	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Зимбабве	443	363	563	78	110	67	66	10	85	60	32	–	84	86	1,02	44	44	1,01
Израиль	5	4	6	–	10	71	57	8	71	–	–	–	97	98	1,01	98	100	1,02
Индия	174	139	217	86	28	56	51	13	73	–	27	–	97	98	1,01	61	62	1,01
Индонезия	126	93	179	93	48	61	59	13	80	–	14	–	94	89	0,95	76	78	1,02
Иордания	58	44	75	100	26	63	46	12	62	73	8	–	–	–	–	68	70	1,03
Ирак	50	35	69	70	82	58	44	12	62	–	24	5	98	87	0,89	49	40	0,81
Иран (Исламская Республика)	25	21	31	99	38	78	65	5	78	–	17	–	99	99	1,01	72	73	1,00
Ирландия	8	6	11	100	9	68	63	11	80	–	–	–	99	100	1,01	98	100	1,02
Исландия	3	2	6	98	8	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,00	89	91	1,02
Испания	5	4	6	–	8	69	67	11	85	–	–	–	98	99	1,00	95	97	1,02
Италия	4	3	5	100	5	69	54	9	69	–	–	–	99	99	1,00	97	96	1,00
Йемен	385	274	582	45	67	42	36	25	54	–	32	16	88	78	0,88	54	40	0,74
Кабо-Верде	42	20	95	91	80	66	63	13	80	–	–	–	87	86	0,98	61	68	1,11
Казахстан	12	10	15	99	31	57	55	15	76	–	7	–	98	100	1,02	100	100	1,00
Камбоджа	161	117	213	89	57	60	45	12	62	76	19	–	93	93	1,00	40	37	0,92
Камерун, Республика	596	440	881	65	119	36	24	20	43	38	31	0	99	91	0,92	50	44	0,88
Канада	7	5	9	98	11	73	71	8	88	–	–	–	–	–	–	99	100	1,01
Катар	13	9	19	100	10	46	41	17	64	–	4	–	98	98	1,00	76	89	1,17
Кения	510	344	754	62	96	64	62	14	78	56	23	11	81	85	1,04	50	47	0,94
Кипр	7	4	12	97	5	–	–	–	–	–	–	–	98	98	1,01	94	95	1,01
Кирибати	90	51	152	80	49	28	24	26	44	–	20	–	–	–	–	–	–	–
Китай	27	22	32	100	9	83	82	4	95	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Колумбия	64	56	81	99	75	80	75	7	86	–	23	–	93	94	1,01	76	82	1,07
Коморские Острова	335	207	536	82	70	26	21	30	37	21	32	–	84	81	0,97	43	47	1,09
Конго, Демократическая Республика	693	509	1 010	80	138	25	11	27	22	31	37	–	–	–	–	–	–	–
Конго, Республика	442	300	638	91	147	41	25	20	41	27	27	–	84	91	1,09	–	–	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	82	37	190	100	1	75	71	8	86	–	–	–	–	–	–	76	76	1,01
Корея (Республика)	11	9	13	100	1	78	70	6	84	–	–	–	97	98	1,01	98	98	1,00
Коста-Рика	25	20	29	99	53	79	77	7	89	–	21	–	97	97	1,00	81	84	1,04
Кот-д'Ивуар	645	458	909	74	129	19	17	25	39	25	27	27	92	83	0,90	41	30	0,73

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или иной район	Охрана сексуального и репродуктивного здоровья										Вредные обычаи		Образование					
	Коэффициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений) ²	Интервал неопределенности КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в %)	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15-19 лет	Уровень распространенности средств среди женщин в возрасте 15-49 лет		Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15-49 лет ³	Доля спроса, удовлетворенного современными методами, у женщин в возрасте 15-49 лет ³	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав (в %)	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в %)	Распространенность КЮЖПО среди девушек в возрасте 15-19 лет (в %)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в %)		Индекс гендерного паритета, начальное образование	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в %)		Индекс гендерного паритета, среднее образование
		2015	2015 оценка			Верхняя	2006-2017						2006-2017	Любой метод ⁴		Современный метод ⁵	2007-2016	
Куба	39	33	47	100	50	74	72	8	88	–	26	–	96	95	1,00	83	88	1,06
Кувейт	4	3	6	100	6	57	47	15	65	–	–	–	95	99	1,04	84	89	1,07
Кыргызстан	76	59	96	98	38	43	41	17	68	77	12	–	99	98	0,99	85	85	1,00
Кюрасао	–	–	–	–	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Лаосская Народная-Демократическая Республика	197	136	307	40	76	56	50	17	68	–	35	–	95	94	0,98	60	58	0,98
Латвия	18	13	26	100	18	69	62	11	78	–	–	–	95	96	1,00	91	94	1,03
Лесото	487	310	871	78	94	61	61	17	78	61	17	–	79	82	1,03	29	45	1,53
Либерия	725	527	1 030	61	149	30	30	28	51	67	36	26	39	36	0,93	16	14	0,88
Ливан	15	10	22	–	–	61	48	13	64	–	6	–	87	82	0,94	65	65	1,00
Ливия	9	6	15	100	11	50	33	18	48	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	10	7	14	–	14	66	56	11	73	–	–	–	99	100	1,00	94	93	1,00
Люксембург	10	7	16	100	6	–	–	–	–	–	–	–	97	98	1,01	82	86	1,05
Маврикий	53	38	77	100	24	67	43	10	56	–	–	–	94	97	1,03	82	87	1,06
Мавритания	602	399	984	69	71	20	18	30	35	–	37	63	69	73	1,05	26	27	1,06
Мадагаскар	353	256	484	44	152	46	40	19	61	74	41	–	–	–	–	29	31	1,06
Макао (САР, Китай)	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Малави	634	422	1 080	90	136	61	60	17	77	47	42	–	95	99	1,04	32	31	0,96
Малайзия	40	32	53	99	12	53	39	17	55	–	–	–	99	99	1,00	71	77	1,09
Мали	587	448	823	44	174	16	15	26	36	7	52	83	66	58	0,88	37	28	0,75
Мальдивские Острова	68	45	108	96	13	44	37	23	55	–	4	–	98	99	1,01	–	–	–
Мальта	9	6	15	100	11	84	66	4	75	–	–	–	97	100	1,03	87	92	1,05
Марокко	121	93	142	74	32	69	62	9	79	–	–	–	95	94	1,00	60	54	0,90
Мартиника	–	–	–	–	20	60	56	15	75	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Мексика	38	34	42	98	63	71	68	11	82	–	26	–	98	100	1,02	76	79	1,04
Микронезия (Федеративные Штаты)	100	46	211	85	44	–	–	–	–	–	–	–	83	85	1,03	–	–	–
Мозамбик	489	360	686	54	167	29	27	24	52	49	48	–	92	87	0,95	19	19	1,02
Молдова, Республика	23	19	28	99	27	64	49	12	64	–	12	–	90	90	0,99	76	77	1,01
Монголия	44	35	55	99	27	58	52	14	72	–	5	–	99	98	0,99	91	94	1,03
Мьянма	178	121	284	60	36	53	52	16	76	68	16	–	90	89	0,99	54	59	1,09
Намибия	265	172	423	88	82	59	59	16	78	71	7	–	89	92	1,03	45	57	1,26
Непал	258	176	425	58	88	53	47	23	62	48	40	–	96	93	0,97	53	57	1,07
Нигер	553	411	752	40	210	20	18	19	47	7	76	1	69	59	0,86	20	14	0,68
Нигерия	814	596	1 180	43	145	19	15	23	35	51	44	12	72	60	0,84	–	–	–
Нидерланды	7	5	9	–	3	72	69	7	86	–	–	–	97	98	1,01	93	94	1,01
Никарагуа	150	115	196	88	92	80	77	6	90	–	35	–	97	100	1,03	45	53	1,17
Новая Зеландия	11	9	14	96	16	71	68	9	85	–	–	–	98	99	1,01	95	97	1,02
Новая Каледония	–	–	–	–	22	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Норвегия	5	4	6	99	5	75	70	7	84	–	–	–	100	100	1,00	95	96	1,01
Объединенные Арабские Эмираты	6	3	11	100	34	50	42	18	61	–	–	–	98	96	0,98	89	86	0,96
Оман	17	13	24	99	14	37	25	26	39	–	–	–	98	99	1,00	96	94	0,99
Пакистан	178	111	283	52	44	41	32	20	53	–	21	–	84	71	0,85	50	41	0,81
Палестина ¹	45	21	99	100	48	60	47	12	65	–	15	–	92	93	1,01	78	86	1,10
Панама	94	77	121	95	79	60	57	16	75	–	26	–	88	87	0,99	67	72	1,07
Папуа — Новая Гвинея	215	98	457	53	–	37	31	25	50	–	21	–	89	82	0,92	–	–	–
Парагвай	132	107	163	96	62	72	68	9	85	–	22	–	89	89	1,00	67	66	1,00
Перу	68	54	80	92	65	76	56	7	67	–	22	–	99	100	1,01	79	80	1,02
Польша	3	2	4	100	12	61	51	14	69	–	–	–	96	96	1,00	92	93	1,01

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или иной район	Охрана сексуального и репродуктивного здоровья										Вредные обычаи		Образование							
	Коэффициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений) ¹	Интервал неопределенности КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в %)	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15-19 лет	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15-49 лет		Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15-49 лет ²	Доля спроса, удовлетворенного современными методами, у женщин в возрасте 15-49 лет ³	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав (в %)	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в %)	Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте 15-19 лет (в %)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в %)		Индекс гендерного паритета, начальное образование		Скорректированный чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в %)		Индекс гендерного паритета, среднее образование	
		2015	Нижняя			Верхняя	2006-2017						2006-2017	2018	Современный метод ⁴	2018	2007-2016	2006-2017	2004-2017	2007-2017 мальчики
	Португалия	10	9	13	99	8	70	63	9	79	-	-	-	97	96	1,00	93	94	1,01	-
Пуэрто-Рико	14	10	18	-	30	78	70	6	84	-	-	-	79	84	1,07	72	77	1,07	-	-
Реюньон	-	-	-	-	44	73	71	8	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Российская Федерация	25	18	33	99	24	69	57	9	73	-	-	-	97	98	1,01	-	-	-	-	-
Руанда	290	208	389	91	45	56	51	18	69	70	7	-	95	96	1,01	25	30	1,18	-	-
Румыния	31	22	44	95	35	70	58	8	74	-	-	-	90	90	1,00	81	81	1,00	-	-
Сальвадор	54	40	69	100	69	72	67	10	82	-	26	-	85	86	1,01	63	65	1,03	-	-
Самоа	51	24	115	83	39	29	27	42	39	-	11	-	95	98	1,03	74	81	1,10	-	-
Сан-Марино	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	93	93	1,00	-	-	-	-	-
Сан-Томе и Принсипи	156	83	268	93	92	43	40	30	55	-	35	-	97	97	0,99	61	68	1,11	-	-
Саудовская Аравия	12	7	20	-	7	30	24	27	42	-	-	-	99	100	1,00	86	84	0,97	-	-
Сейшельские Острова	-	-	-	-	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	90	1,03	-	-
Сенегал	315	214	468	59	80	26	24	25	47	5	31	21	69	76	1,10	-	-	-	-	-
Сент-Винсент и Гренадины	45	34	63	-	64	66	63	12	81	-	-	-	98	98	1,00	89	91	1,01	-	-
Сент-Китс и Невис	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сент-Люсия	48	32	72	99	-	59	56	16	75	-	8	-	96	93	0,97	76	80	1,04	-	-
Сербия	17	12	24	98	16	58	27	13	38	-	3	-	99	99	1,00	92	94	1,02	-	-
Сингапур	10	6	17	100	3	66	59	11	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Синт-Мартен	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сирийская Арабская Республика	68	48	97	96	54	59	44	14	61	-	13	-	68	67	0,98	46	45	0,99	-	-
Словакия	6	4	7	-	24	71	61	9	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Словения	9	6	14	100	5	77	66	6	79	-	-	-	97	99	1,01	96	96	1,01	-	-
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	9	8	11	-	14	79	79	6	93	-	-	-	99	99	1,00	98	99	1,01	-	-
Соединенные Штаты Америки	14	12	16	99	20	74	67	7	83	-	-	-	93	94	1,01	90	92	1,03	-	-
Соломоновы Острова	114	75	175	86	78	32	27	25	47	-	21	-	72	73	1,01	33	29	0,88	-	-
Сомали	732	361	1 390	9	64	30	29	28	50	-	45	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Судан	311	214	433	78	87	16	15	28	35	-	34	82	55	58	1,05	-	-	-	-	-
Суринам	155	110	220	90	58	52	52	19	72	-	19	-	93	97	1,04	53	65	1,22	-	-
Сьерра-Леоне	1 360	999	1 980	60	125	20	18	26	40	40	39	74	99	99	1,01	33	30	0,91	-	-
Таджикистан	32	19	51	87	54	35	32	21	57	41	12	-	99	98	0,99	87	78	0,90	-	-
Таиланд	20	14	32	99	43	79	76	6	90	-	23	-	92	87	0,94	77	77	1,01	-	-
Танзания, Объединенная Республика	398	281	570	64	132	42	36	21	57	47	31	5	78	80	1,02	-	-	-	-	-
Тёркс и Кайкос, острова	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	215	150	300	57	50	28	26	25	48	-	19	-	80	83	1,04	52	59	1,14	-	-
Того	368	255	518	45	85	23	20	33	37	30	22	2	90	83	0,92	-	-	-	-	-
Тонга	124	57	270	96	30	36	32	28	51	-	6	-	95	97	1,03	72	80	1,12	-	-
Тринидад и Тобаго	63	49	80	97	38	48	44	21	64	-	11	-	99	98	0,99	-	-	-	-	-
Тувалу	-	-	-	93	28	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	71	92	1,30	-	-
Тунис	62	42	92	74	7	67	57	9	75	-	2	-	99	98	0,99	-	-	-	-	-
Туркменистан	42	20	73	100	28	54	51	15	74	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Турция	16	12	21	97	27	75	50	6	62	-	15	-	95	95	0,99	88	86	0,98	-	-
Уганда	343	247	493	74	140	39	35	29	52	49	40	1	90	92	1,03	23	21	0,92	-	-

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или иной район	Охрана сексуального и репродуктивного здоровья										Вредные обычаи		Образование					
	Коэффициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений) ¹	Интервал неопределенности КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в %)	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15-19 лет	Уровень распространенности средств среди женщин в возрасте 15-49 лет		Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15-49 лет ³	Доля спроса, удовлетворенного современными методами, у женщин в возрасте 15-49 лет ³	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав (в %)	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в %)	Распространенность КЖТО среди девушек в возрасте 15-19 лет (в %)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в %)		Индекс гендерного паритета, начальное образование	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в %)		Индекс гендерного паритета, среднее образование
		2015	2015 оценка			Верхняя	Нижняя						2006-2017	2006-2017		Любой метод ⁴	Современный метод ⁴	
Узбекистан	36	20	65	100	30	68	64	9	84	–	7	–	99	98	0,98	91	90	0,99
Украина	24	19	32	99	26	67	54	10	70	81	9	–	92	94	1,02	86	87	1,01
Уругвай	15	11	19	98	51	79	76	7	89	–	25	–	98	98	1,00	78	85	1,08
Фиджи	30	23	41	100	40	49	45	19	66	–	–	–	98	98	1,01	79	88	1,11
Филиппины	114	87	175	73	47	56	41	17	56	–	15	–	96	97	1,01	60	72	1,19
Финляндия	3	2	3	100	6	83	78	4	90	–	–	–	99	99	1,00	96	96	1,01
Франция	8	7	10	97	5	77	74	5	91	–	–	–	99	100	1,01	98	100	1,01
Французская Гвиана	–	–	–	–	87	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Французская Полинезия	–	–	–	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Хорватия	8	6	11	100	10	65	47	11	62	–	–	–	96	99	1,04	89	92	1,04
Центрально-африканская Республика	882	508	1 500	40	229	26	20	23	41	–	68	18	77	60	0,79	18	9	0,52
Чад	856	560	1 350	20	179	7	6	24	21	27	67	32	89	69	0,77	–	–	–
Черногория	7	4	12	99	11	38	23	21	39	–	5	–	95	92	0,97	90	90	1,00
Чехия	4	3	6	100	12	80	71	6	82	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Чили	22	18	26	100	41	75	72	8	86	–	–	–	93	93	1,00	86	89	1,04
Швейцария	5	4	7	–	6	74	70	7	86	–	–	–	100	100	1,00	87	84	0,97
Швеция	4	3	5	–	4	69	63	10	80	–	–	–	100	100	1,00	100	99	1,00
Шри-Ланка	30	26	38	99	20	65	53	8	74	–	12	–	98	96	0,98	84	87	1,04
Эквадор	64	57	71	97	111	79	71	7	83	–	–	–	97	99	1,02	87	89	1,02
Экваториальная Гвинея	342	207	542	68	176	18	14	32	29	–	30	–	44	45	1,02	–	–	–
Эритрея	501	332	750	34	76	14	13	30	30	–	41	69	45	41	0,91	29	26	0,88
Эсватини	389	251	627	88	87	66	65	14	81	49	5	–	77	76	0,99	32	41	1,29
Эстония	9	6	14	100	13	66	61	11	79	–	–	–	93	94	1,01	93	94	1,02
Эфиопия	353	247	567	28	80	40	38	22	62	45	40	47	89	83	0,93	31	30	0,97
Южная Африка	138	124	154	97	71	57	56	14	79	–	–	–	90	85	0,95	65	65	1,01
Южный Судан	789	523	1 150	19	155	9	7	30	17	–	52	–	36	28	0,76	6	4	0,70
Ямайка	89	70	115	99	46	72	69	10	84	–	8	–	–	–	–	69	77	1,11
Япония	5	4	7	100	4	44	40	22	61	–	–	–	99	99	1,00	99	100	1,01

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Страна, территория или иной район	Охрана сексуального и репродуктивного здоровья									Вредные обычаи		Образование						
	Коэффициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений) ^a	Интервал неопределенности КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в %)	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15–19 лет	Уровень распространенности средств контрацепции среди женщин в возрасте 15–49 лет		Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет ^b	Доля спроса, удовлетворенного современными методами, у женщин в возрасте 15–49 лет ^b	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав (в %) (2018)	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в %) (2013)	Распространенность КожПТО среди девушек в возрасте 15–19 лет (в %) (2017)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в %)		Индекс гендерного паритета, начальное образование (2016)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в %) (2016)		Индекс гендерного паритета, среднее образование (2016)
		2015	2015 оценка Нижняя			2015 оценка Верхняя	2017						2018	2018		2018	2018	
Арабские государства	162	138	212	76	50	54	47	15	69	–	21	55	85	82	0,97	63	58	0,92
Азия и Тихий океан	127	114	151	84^b	28^b	67	62	10	81	–	26	–	96	94	0,99	67	68	1,02
Восточная Европа и Центральная Азия	25	22	31	98	26	65	50	10	66	–	11	–	96	95	0,99	88	87	0,99
Латинская Америка и Карибский бассейн	68	64	77	95^c	62^e	74	69	10	83	–	26	–	95	96	1,01	75	78	1,05
Восточная Африка и Юг Африки	407	377	501	62	93^f	41	37	22	59	50	35	–	86	83	0,96	33^f	31^f	0,92^f
Западная и Центральная Африка	679	599	849	52	114	21	17	24	38	39	42	22	79	70	0,89	39	33	0,84
Более развитые регионы	12	11	14	–	14	68	61	10	78	–	–	–	96	97	1,01	92	93	1,02
Менее развитые регионы	238	228	274	–	48	62	57	12	77	–	–	–	92	89	0,97	62	61	0,99
Наименее развитые страны	436	418	514	56^d	91	41	36	21	59	49	40	–	84	80	0,94	39	36	0,92
Весь мир	216	207	249	79	44	63	57	12	77	53	21	–	92	90	0,98	66	65	1,00

ПРИМЕЧАНИЯ

– Данные отсутствуют.

§ Женщины, состоящие в официальном или гражданском браке.

a Значения КМС округляются следующим образом: <100 — округляются до ближайшего целого числа; 100–999 — округляются до ближайшего целого числа; и ≥1 000 — округляются до ближайшего десятка.

b За исключением островов Кука, Маршалловых островов, Науру, Ниуэ, Палау, Токелау и Тувалу ввиду отсутствия данных.

c За исключением Англии, Арубы, Бермудских островов, Британских Виргинских островов, Каймановых островов, Кюрасао, Монтсеррата, Синт-Мартена и островов Теркс и Кайкос ввиду отсутствия данных.

d За исключением Тувалу ввиду отсутствия данных.

e За исключением Англии, Антигуа и Барбуда, Бермудских островов, Британских Виргинских островов, Гренады, Каймановых островов, Монтсеррата, Сент-Китса и Невиса, Синт-Мартена и Эквадора ввиду отсутствия данных.

f Включая Сейшельские Острова.

g Процентная доля девушек в возрасте 15–19 лет, состоящих в обществе «Санде». Членство в обществе «Санде» ограждает от КожПТО.

1 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...».

Демографические показатели

Страна,
территория
или иной район

	Население							Рождаемость		
	Общая численность населения (млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения (в %)	Доля населения в возрасте 0–14 лет (в %)	Доля населения в возрасте 10–24 лет (в %)	Доля населения в возрасте 15–64 лет (в %)	Доля населения в возрасте 65 лет и старше (в %)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (количество лет) 2018		Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину) 2018	Средний возраст деторождений (в годах) 2015–2020
	2018	2010–2018	2018	2018	2018	2018	мальчики	девочки		
Австралия ¹	24,8	1,4	19	19	65	16	81	85	1,8	31,0
Австрия	8,8	0,5	14	15	67	19	80	84	1,5	30,8
Азербайджан ²	9,9	1,2	23	21	70	6	69	75	2,0	25,7
Албания	2,9	0,0	17	21	69	14	77	81	1,7	27,5
Алжир	42,0	1,9	29	23	64	6	75	78	2,6	31,5
Ангола	30,8	3,4	47	32	51	2	59	65	5,6	28,8
Антигуа и Барбуда	0,1	1,1	24	25	69	7	74	79	2,0	27,6
Аргентина	44,7	1,0	25	24	64	11	73	81	2,3	28,2
Армения	2,9	0,2	20	19	68	11	72	78	1,6	26,8
Аруба	0,1	0,5	18	21	69	14	74	79	1,8	28,6
Афганистан	36,4	2,9	43	35	55	3	63	66	4,3	29,1
Багамские Острова	0,4	1,3	20	22	70	9	73	79	1,8	29,2
Бангладеш	166,4	1,1	28	29	67	5	71	75	2,1	25,4
Барбадос	0,3	0,3	19	19	66	15	74	79	1,8	29,0
Бахрейн	1,6	2,9	19	19	78	2	76	78	2,0	29,7
Беларусь	9,5	0,0	17	15	68	15	68	79	1,7	28,5
Белиз	0,4	2,2	31	30	65	4	68	74	2,4	27,1
Бельгия	11,5	0,6	17	17	64	19	79	84	1,8	31,1
Бенин	11,5	2,8	42	32	54	3	60	63	4,8	28,9
Болгария	7,0	-0,6	14	14	65	21	72	78	1,6	28,2
Боливия (Многоязычное Государство)	11,2	1,5	31	29	62	7	67	72	2,8	28,4
Босния и Герцеговина	3,5	-0,8	14	17	69	17	75	80	1,4	29,3
Ботсвана	2,3	1,8	31	28	65	4	66	71	2,6	29,9
Бразилия	210,9	0,9	21	24	70	9	72	80	1,7	26,4
Бруней Даруссалам	0,4	1,4	23	24	72	5	76	79	1,8	30,3
Буркина-Фасо	19,8	2,9	45	33	53	2	60	62	5,2	29,2
Бурунди	11,2	3,1	45	31	52	3	56	60	5,5	30,3
Бутан	0,8	1,4	26	27	69	5	71	71	2,0	28,7
Бывшая югославская Республика Македония	2,1	0,1	17	18	70	14	74	78	1,6	29,0
Вануату	0,3	2,2	36	29	60	5	70	75	3,2	29,3
Венгрия	9,7	-0,3	14	16	67	19	73	80	1,4	30,2
Венесуэла (Боливарианская Республика)	32,4	1,4	27	26	66	7	71	79	2,3	26,4
Виргинские острова Соединенных Штатов Америки	0,1	-0,1	20	20	61	19	78	82	2,2	27,1
Вьетнам	96,5	1,1	23	22	70	7	72	81	1,9	28,0
Габон	2,1	2,9	36	28	60	4	65	69	3,7	29,0
Гаити	11,1	1,3	33	30	62	5	62	66	2,8	30,0
Гайана	0,8	0,6	29	30	66	5	65	69	2,5	26,7
Гамбия	2,2	3,1	45	33	53	2	60	63	5,3	30,4
Гана	29,5	2,3	38	31	58	3	62	64	3,9	29,8
Гваделупа ³	0,4	0,0	18	21	64	18	78	85	1,9	30,2
Гватемала	17,2	2,1	34	32	61	5	71	77	2,9	28,5
Гвинея	13,1	2,4	42	32	55	3	61	62	4,7	29,1
Гвинея-Бисау	1,9	2,5	41	31	56	3	56	60	4,5	29,2

Страна, территория или иной район	Население							Рождаемость		
	Общая численность населения (млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения (в %)	Доля населения в возрасте 0–14 лет (в %)	Доля населения в возрасте 10–24 лет (в %)	Доля населения в возрасте 15–64 лет (в %)	Доля населения в возрасте 65 лет и старше (в %)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (количество лет) 2018		Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину) 2018	Средний возраст деторождений (в годах) 2015–2020
	2018	2010–2018	2018	2018	2018	2018	мальчики	девочки		
Германия	82,3	0,2	13	15	65	22	79	84	1,5	31,3
Гондурас	9,4	1,7	31	31	64	5	71	77	2,4	27,7
Гонконг (САР, Китай) ⁴	7,4	0,7	12	13	71	17	81	87	1,3	32,3
Гренада	0,1	0,4	26	25	66	7	71	76	2,1	28,5
Греция	11,1	–0,3	14	15	65	21	79	84	1,3	31,3
Грузия ⁵	3,9	–1,0	19	18	66	15	69	78	2,0	26,7
Гуам	0,2	0,5	24	25	66	10	78	82	2,3	28,8
Дания	5,8	0,4	16	19	64	20	79	83	1,8	31,0
Джибути	1,0	1,7	31	30	65	4	61	65	2,7	32,2
Доминика	0,1	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	10,9	1,2	29	27	64	7	71	77	2,4	25,8
Египет	99,4	2,1	33	26	61	5	70	74	3,2	27,5
Замбия	17,6	3,0	44	34	53	2	60	65	4,9	28,9
Западная Сахара	0,6	2,1	28	26	69	3	68	72	2,4	31,0
Зимбабве	16,9	2,3	41	32	56	3	60	64	3,6	27,8
Израиль	8,5	1,6	28	23	60	12	81	84	2,9	30,7
Индия	1 354,1	1,2	27	28	66	6	68	71	2,3	26,5
Индонезия	266,8	1,2	27	26	68	5	67	72	2,3	28,2
Иордания	9,9	4,0	35	30	61	4	73	76	3,2	29,8
Ирак	39,3	3,1	40	31	56	3	68	73	4,2	28,7
Иран (Исламская Республика)	82,0	1,2	24	21	71	6	75	78	1,6	28,6
Ирландия	4,8	0,5	22	19	64	14	80	84	2,0	31,4
Исландия	0,3	0,7	20	20	65	15	82	84	1,9	30,6
Испания ⁶	46,4	–0,1	15	15	66	20	81	86	1,4	31,9
Италия	59,3	–0,1	13	14	63	23	81	85	1,5	31,7
Йемен	28,9	2,5	40	33	57	3	64	67	3,8	30,0
Кабо-Верде	0,6	1,2	30	30	66	5	71	75	2,3	27,4
Казахстан	18,4	1,4	28	20	64	7	65	75	2,6	28,6
Камбоджа	16,2	1,6	31	29	64	5	67	72	2,5	27,0
Камерун, Республика	24,7	2,6	43	32	54	3	58	60	4,6	28,9
Канада	37,0	1,0	16	17	67	17	81	85	1,6	30,7
Катар	2,7	5,2	14	18	85	1	78	80	1,9	29,9
Кения	51,0	2,6	40	33	57	3	65	70	3,7	28,7
Кипр ⁷	1,2	0,8	17	20	70	14	79	83	1,3	29,8
Кирибати	0,1	1,8	35	29	61	4	63	70	3,6	30,7
Китай ⁸	1 415,0	0,5	18	17	71	11	75	78	1,6	27,4
Колумбия	49,5	0,9	23	24	69	8	71	78	1,8	27,4
Коморские Острова	0,8	2,4	40	31	57	3	62	66	4,2	30,0
Конго, Демократическая Республика	84,0	3,3	46	32	51	3	59	62	5,9	29,4
Конго, Республика	5,4	2,6	42	31	54	3	64	67	4,5	28,3
Корейская Народно-Демократическая Республика	25,6	0,5	20	22	70	9	68	76	1,9	29,1
Корея, Республика	51,2	0,4	13	17	72	14	79	85	1,3	32,3
Коста-Рика	5,0	1,1	21	23	69	10	78	83	1,8	27,3
Кот-д'Ивуар	24,9	2,5	42	32	55	3	53	56	4,8	28,9
Куба	11,5	0,2	16	17	69	15	78	82	1,7	26,9

Демографические показатели

Страна, территория или иной район	Население							Рождаемость		
	Общая численность населения (млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения (в %)	Доля населения в возрасте 0–14 лет (в %)	Доля населения в возрасте 10–24 лет (в %)	Доля населения в возрасте 15–64 лет (в %)	Доля населения в возрасте 65 лет и старше (в %)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (количество лет) 2018		Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину) 2018	Средний возраст деторождений (в годах) 2015–2020
	2018	2010–2018	2018	2018	2018	2018	мальчики	девочки	2018	2015–2020
Кувейт	4,2	4,2	21	19	76	3	74	76	2,0	29,9
Кыргызстан	6,1	1,5	32	25	63	5	67	75	2,9	28,2
Кюрасао	0,2	1,1	19	19	65	17	76	82	2,0	28,5
Лаосская Народная- Демократическая Республика	7,0	1,4	33	31	63	4	66	69	2,6	27,6
Латвия	1,9	-1,2	16	14	64	20	70	79	1,6	30,2
Лесото	2,3	1,3	35	32	60	5	53	57	3,0	27,8
Либерия	4,9	2,6	41	32	55	3	62	65	4,4	28,6
Ливан	6,1	4,3	23	26	69	9	78	82	1,7	29,8
Ливия	6,5	0,6	28	25	68	4	69	75	2,2	32,8
Литва	2,9	-1,0	15	16	66	19	70	80	1,7	29,7
Люксембург	0,6	1,9	16	18	69	14	80	84	1,6	31,7
Маврикий ⁹	1,3	0,2	18	22	71	11	72	79	1,4	28,1
Мавритания	4,5	2,9	40	31	57	3	62	65	4,6	30,4
Мадагаскар	26,3	2,7	41	33	56	3	65	68	4,1	28,0
Макао (САР, Китай) ¹⁰	0,6	2,0	14	14	76	10	81	87	1,4	30,9
Малави	19,2	2,9	44	34	53	3	61	67	4,4	28,0
Малайзия ¹¹	32,0	1,6	24	26	69	7	73	78	2,0	30,9
Мали	19,1	3,0	48	33	50	3	58	60	5,9	29,0
Мальдивские Острова	0,4	2,5	23	22	72	4	77	79	2,0	29,0
Мальта	0,4	0,5	14	16	66	20	80	83	1,5	30,4
Марокко	36,2	1,4	27	25	66	7	75	77	2,4	30,4
Мартиника	0,4	-0,3	18	18	63	19	79	85	1,9	30,2
Мексика	130,8	1,4	26	27	67	7	75	80	2,1	26,9
Микронезия (Федеративные Штаты)	0,1	0,3	33	34	62	5	68	71	3,1	30,7
Мозамбик	30,5	2,9	45	33	52	3	57	61	5,1	29,1
Молдова, Республика ¹²	4,0	-0,1	16	17	73	11	68	76	1,2	27,3
Монголия	3,1	1,8	30	23	66	4	66	74	2,7	29,3
Мьянма	53,9	0,9	26	27	68	6	64	69	2,2	29,6
Намибия	2,6	2,2	36	31	60	4	62	68	3,3	28,6
Непал	29,6	1,1	30	32	64	6	69	73	2,1	25,8
Нигер	22,3	3,8	50	32	47	3	60	62	7,1	29,1
Нигерия	195,9	2,6	44	32	53	3	54	55	5,4	29,8
Нидерланды	17,1	0,3	16	18	65	19	80	84	1,8	30,9
Никарагуа	6,3	1,1	29	28	66	6	73	79	2,1	26,7
Новая Зеландия	4,7	1,0	20	20	65	16	81	84	2,0	30,1
Новая Каледония	0,3	1,4	22	23	68	10	75	80	2,1	29,9
Норвегия ¹³	5,4	1,1	18	19	65	17	81	84	1,8	30,7
Объединенные Арабские Эмираты	9,5	1,8	14	16	85	1	77	79	1,7	26,9
Оман	4,8	5,8	22	20	76	2	76	80	2,5	31,1
Пакистан	200,8	2,0	35	29	61	4	66	68	3,3	28,6
Палестина ¹⁴	5,1	2,7	39	32	58	3	72	76	3,9	28,9
Панама	4,2	1,7	27	25	65	8	76	81	2,5	26,7
Папуа — Новая Гвинея	8,4	2,1	36	31	61	4	63	68	3,6	29,8
Парагвай	6,9	1,3	29	29	64	7	71	76	2,4	28,2
Перу	32,6	1,3	27	26	66	7	73	78	2,3	28,9

Страна, территория или иной район	Население							Рождаемость		
	Общая численность населения (млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения (в %)	Доля населения в возрасте 0–14 лет (в %)	Доля населения в возрасте 10–24 лет (в %)	Доля населения в возрасте 15–64 лет (в %)	Доля населения в возрасте 65 лет и старше (в %)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (количество лет) 2018		Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину) 2018	Средний возраст деторождений (в годах) 2015–2020
	2018	2010–2018	2018	2018	2018	2018	мальчики	девочки		
Польша	38,1	–0,1	15	16	68	17	74	82	1,3	29,4
Португалия	10,3	–0,4	13	15	65	22	79	84	1,2	30,7
Пуэрто-Рико	3,7	–0,2	18	21	67	15	77	84	1,5	27,0
Реюньон	0,9	0,8	23	23	65	12	77	84	2,3	28,3
Российская Федерация	144,0	0,1	18	15	68	15	66	77	1,8	28,8
Руанда	12,5	2,5	40	31	57	3	66	70	3,7	30,0
Румыния	19,6	–0,5	15	16	66	18	72	79	1,5	28,1
Сальвадор	6,4	0,5	27	29	64	8	69	78	2,0	26,8
Самоа	0,2	0,7	36	32	58	6	72	79	3,9	30,3
Сан-Марино	0,0	0,9	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	0,2	2,2	42	33	55	3	65	69	4,3	28,8
Саудовская Аравия	33,6	2,5	25	22	72	3	74	77	2,5	32,2
Сейшельские Острова	0,1	0,5	22	19	69	9	70	79	2,3	27,5
Сенегал	16,3	2,9	43	32	54	3	66	70	4,6	30,3
Сент-Винсент и Гренадины	0,1	0,1	24	25	69	8	71	76	1,9	27,1
Сент-Китс и Невис	0,1	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Люсия	0,2	0,5	18	24	72	10	73	79	1,4	27,8
Сербия ¹⁵	8,8	–0,4	16	18	66	18	73	78	1,6	29,2
Сингапур	5,8	1,7	15	18	72	14	81	85	1,3	31,3
Синт-Мартен	0,0	2,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Сирийская Арабская Республика	18,3	–1,7	36	34	60	5	67	78	2,8	29,4
Словакия	5,4	0,1	15	16	69	16	74	81	1,5	29,6
Словения	2,1	0,2	15	14	65	20	78	84	1,6	30,6
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	66,6	0,6	18	17	64	19	80	84	1,9	30,4
Соединенные Штаты Америки	326,8	0,7	19	20	65	16	77	82	1,9	29,5
Соломоновы Острова	0,6	2,1	38	32	58	4	70	73	3,7	29,8
Сомали	15,2	2,9	46	33	51	3	55	59	6,1	29,7
Судан	41,5	2,4	40	33	56	4	63	67	4,4	30,0
Суринам	0,6	1,0	26	26	67	7	68	75	2,3	28,5
Сьерра-Леоне	7,7	2,2	42	33	56	3	52	53	4,3	28,7
Таджикистан	9,1	2,2	35	29	61	4	69	75	3,3	27,8
Таиланд	69,2	0,4	17	20	71	12	72	79	1,5	27,4
Танзания, Объединенная Республика ¹⁶	59,1	3,1	45	32	52	3	65	69	4,9	28,2
Тёркс и Кайкос, острова	0,0	1,9	–	–	–	–	–	–	–	–
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	1,3	2,2	44	35	53	4	68	71	5,3	30,3
Того	8,0	2,6	41	32	56	3	60	62	4,3	28,9
Тонга	0,1	0,6	35	33	59	6	70	76	3,6	31,1
Тринидад и Тобаго	1,4	0,4	21	19	69	10	67	75	1,7	27,9
Тувалу	0,0	0,9	–	–	–	–	–	–	–	–
Тунис	11,7	1,1	24	21	68	8	74	78	2,1	31,0
Туркменистан	5,9	1,7	31	25	65	4	65	72	2,8	27,9
Турция	81,9	1,6	25	25	67	8	73	79	2,0	28,6
Уганда	44,3	3,3	47	34	50	2	58	63	5,4	28,1
Узбекистан	32,4	1,5	28	26	67	5	69	74	2,2	27,1

Страна, территория или иной район	Население							Рождаемость		
	Общая численность населения (млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения (в %)	Доля населения в возрасте 0–14 лет (в %)	Доля населения в возрасте 10–24 лет (в %)	Доля населения в возрасте 15–64 лет (в %)	Доля населения в возрасте 65 лет и старше (в %)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (количество лет) 2018		Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину) 2018	Средний возраст деторождений (в годах) 2015–2020
	2018	2010–2018	2018	2018	2018	2018	мальчики	девочки		
Украина ¹⁷	44,0	–0,5	16	15	67	17	67	77	1,6	28,0
Уругвай	3,5	0,3	21	22	64	15	74	81	2,0	27,7
Фиджи	0,9	0,7	28	26	65	6	68	74	2,5	28,1
Филиппины	106,5	1,6	31	29	64	5	66	73	2,9	28,9
Финляндия ¹⁸	5,5	0,4	16	17	62	22	79	84	1,8	30,6
Франция	65,2	0,4	18	18	62	20	80	86	2,0	30,3
Французская Гвиана	0,3	2,7	33	28	62	5	77	83	3,2	29,2
Французская Полинезия	0,3	0,8	23	24	69	8	75	80	2,0	28,9
Хорватия	4,2	–0,5	15	16	65	20	75	81	1,4	30,2
Центральноафриканская Республика	4,7	0,8	43	34	54	4	52	56	4,7	29,6
Чад	15,4	3,2	47	34	51	3	52	55	5,7	28,8
Черногория	0,6	0,1	18	19	67	15	75	80	1,7	29,4
Чехия	10,6	0,1	16	14	65	19	76	82	1,6	30,6
Чили	18,2	0,9	20	22	68	11	77	82	1,8	27,8
Швейцария	8,5	1,1	15	16	66	19	82	85	1,6	31,8
Швеция	10,0	0,8	18	17	62	20	81	84	1,9	31,0
Шри-Ланка	21,0	0,5	24	23	66	10	72	79	2,0	30,0
Эквадор	16,9	1,5	28	27	64	7	74	80	2,4	27,4
Экваториальная Гвинея	1,3	4,0	37	29	60	3	57	60	4,5	28,1
Эритрея	5,2	2,1	41	32	55	4	64	68	4,0	29,5
Эсватини	1,4	1,8	37	33	60	3	55	62	3,0	27,8
Эстония	1,3	–0,2	17	15	64	20	73	82	1,7	30,3
Эфиопия	107,5	2,5	40	34	56	4	64	68	4,0	29,7
Южная Африка	57,4	1,3	29	27	66	5	60	67	2,4	28,3
Южный Судан	12,9	3,1	41	33	55	3	57	59	4,7	29,6
Ямайка	2,9	0,4	23	26	67	10	74	79	2,0	27,7
Япония	127,2	–0,1	13	14	60	27	81	87	1,5	31,3

Данные по миру
и по отдельным
регионам

	Население						Рождаемость			
	Общая численность населения (млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения (в %)	Доля населения в возрасте 0–14 лет (в %)	Доля населения в возрасте 10–24 лет (в %)	Доля населения в возрасте 15–64 лет (в %)	Доля населения в возрасте 65 лет и старше (в %)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (количество лет) 2018		Кoeffициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	Средний возраст деторождений (в годах)
	2018	2010–2018	2018	2018	2018	2018	мальчики	девочки	2018	2015–2020
Арабские государства	366	2,0	34	28	61	5	68	72	3,3	29,2
Азия и Тихий океан	3 996	1,0	24^a	24^a	68^a	8^a	70^a	73^a	2,1^a	27,2^a
Восточная Европа и Центральная Азия	245	0,9	23	22	67	10	70	77	2,0	28,0
Латинская Америка и Карибский бассейн	647	1,1	25^b	25^b	67^b	8^b	73^b	79^b	2,0^b	27,1^b
Восточная Африка и Юг Африки	597	2,7	42	32	55	3	61	66	4,4	28,8
Западная и Центральная Африка	436	2,7	44	32	54	3	56	58	5,1	29,4
Более развитые регионы	1 263	0,3	16	17	65	19	76	82	1,7	30,0
Менее развитые регионы	6 370	1,3	28	25	65	7	69	73	2,6	27,7
Наименее развитые страны	1 026	2,4	39	32	57	4	63	67	4,0	28,5
Весь мир	7 633	1,2	26	24	65	9	70	74	2,5	27,9

ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- a За исключением островов Кука, Маршалловых островов, Науру, Ниуэ, Палау, Токелау и Тувалу ввиду отсутствия данных.
- b За исключением Англии, Бермудских островов, Британских Виргинских островов, Доминики, Каймановых островов, Монтсеррата, Сент-Китса и Невиса, Синт-Мартена и островов Тёркс и Кайкос ввиду отсутствия данных.
- 1 Включая Кокосовы острова (острова Килинг), остров Норфолк и остров Рождества.
 - 2 Включая Нагорный Карабах
 - 3 Включая Сен-Бартельми и Сен-Мартен (французскую часть).
 - 4 С 1 июля 1997 года Гонконг стал специальным административным районом (САР) Китая
 - 5 Включая Абхазию и Южную Осетию.
 - 6 Включая Канарские острова, Мелилью и Сеуту.
 - 7 Относится ко всей стране.
 - 8 Для целей статистики данные по Китаю не включают данные по Гонконгу и Макао (специальным административным районам (САР) Китая) и китайской провинции Тайвань.
 - 9 Включая острова Агалега, Родригес и Сент-Брендон.
 - 10 С 20 декабря 1999 года Макао стало специальным административным районом (САР) Китая.
 - 11 Включая Сабах и Саравак.
 - 12 Включая Приднестровье.
 - 13 Включая острова Свальбард и Ян-Майен.
 - 14 Включая Восточный Иерусалим. 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...».
 - 15 Включая Косово.
 - 16 Включая Занзибар.
 - 17 Включая Крым.
 - 18 Включая Аландские острова.

Технические примечания к показателям

Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2018 году» включают показатели, которые отражают прогресс в достижении целей концепции последующей деятельности в связи с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в период после 2014 года 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 сосредоточить внимание на достижении прогресса и результатов в построении мира, в котором каждая беременность стала бы желанной, каждые роды — безопасными, и все молодые люди имели бы возможность в полной мере 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 обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ) и обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (ОПГВ), оценки организаций системы Организации Объединенных Наций и межучрежденческих оценок. Они также содержат последние оценки и прогнозы по народонаселению, взятые из «World Population Prospects: The 2017 revision» («Мировые демографические прогнозы: редакция 2017 года») и «Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018» («Оценочные и прогнозные данные по показателям планирования семьи, рассчитанные на основе моделей, за 2018 год») (подготовленные Отделом народонаселения Департамента по экономическому и социальным вопросам Организации Объединенных Наций). Данные сопровождаются определениями, указанием источника и примечаниями. Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2018 году», как правило, отражают информацию, имевшуюся на июнь 2018 года.

Мониторинг прогресса в достижении целей МКНР: отдельные показатели

Здоровье матерей и новорожденных

Коэффициент материнской смертности (КМС), число случаев смерти на 100 000 живорождений и интервал неопределенности КМС (ИН 80%), нижняя и верхняя оценки, 2015 год. Источник: Межучрежденческая группа

по оценке материнской смертности Организации Объединенных Наций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк и Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций). Этот показатель отражает число женщин, умерших по причинам, связанным с беременностью, на каждые 100 000 живорождений. Эти оценки подготовлены Межучрежденческой группой по оценке материнской смертности (МУГОМС) с использованием данных из систем регистрации актов гражданского состояния и учета естественного движения населения, результатов обследований домохозяйств и переписей населения. Членами МУГОМС являются ЮНФПА, ВОЗ, Всемирный банк, ЮНИСЕФ и Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Оценки и методики регулярно анализируются МУГОМС, 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.

Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом, в процентах, 2006/2017 годы. Источник: Совместная глобальная база данных по

квалифицированному родовспоможению, 2017 год, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных из совместной глобальной базы 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. К этим лицам не относятся традиционные повитухи, даже если они прошли краткий курс подготовки.

Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 женщин в возрасте 15–19 лет, 2006/2015 годы Источник: Отдел народонаселения Организации

Объединенных Наций и ЮНФПА. Коэффициент-рождаемости среди подростков показывает риск деторождения для девушек-подростков в возрасте 15–19 лет. В том, что касается регистрации актов гражданского состояния, эти показатели могут быть ограниченными и зависят от полноты данных о регистрации деторождений, младенцах, которые родились живыми, но умерли до момента регистрации или в первые 24 часа своей жизни, качества представленной информации о возрасте матери и включения данных о числе 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.

Охрана сексуального и репродуктивного здоровья

Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций выпускает всеобъемлющий набор ежегодных оценок и прогнозов, систематически рассчитывавшихся на основе моделей, по ряду показателей в области планирования семьи за 60-летний период. Эти показатели включают уровни распространенности противозачаточных средств, неудовлетворенной потребности в средствах планирования семьи и совокупного спроса на средства планирования семьи, а также процентную долю удовлетворенного спроса на средства планирования семьи у женщин, состоящих в официальном или гражданском браке, за период 1970–2030 годов. Для расчета оценок, прогнозов и оценок интервалов неопределенности использовалась байесовская иерархическая модель с учетом тенденций изменения во времени в конкретных странах. Эта модель представляет собой дальнейшее развитие подготовленных ранее оценок и позволяет нивелировать различия в источниках данных, выборках населения и методах контрацепции, включенных в показатели количественной оценки уровней их распространенности. С дополнительной информацией о рассчитанных на основе этой модели оценках, методологии и обновленных данных, касающихся планирования семьи, можно ознакомиться по адресу: <<http://www.un.org/en/development/desa/population/>>. Оценки рассчитаны на основе данных по конкретным странам, содержащихся в «World Contraceptive Use 2017» («Применение противозачаточных средств в мире, 2017 год»).

Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке и пользующихся любым методом и любым современным методом контрацепции, 2018 год. Источник: Отдел народонаселения Организации

Объединенных Наций. Оценки с использованием модели рассчитаны на основе данных, взятых из докладов о выборочных обследованиях. В рамках этих обследований оценивалась пропорциональная доля замужних женщин (включая женщин, живущих в гражданском союзе), которые в настоящее время пользуются любым методом или современными методами контрацепции. К современным методам, включающим клинические методы, а также препараты и устройства, относятся мужская и женская стерилизация, внутриматочные устройства, противозачаточные таблетки, инъекционные препараты, гормональные имплантаты, презервативы и барьерные методы для женщин.

Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи среди женщин в возрасте 15–49 лет, 2018 год.

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Женщины, испытывающие неудовлетворенную потребность в средствах регулирования интервалов между деторождениями, — это женщины, которые находятся в детородном возрасте, ведут активную половую жизнь, но в настоящее время не применяют никаких методов контрацепции и сообщают о том, что хотели бы отсрочить рождение следующего ребенка. Это одна из подкатегорий совокупной неудовлетворенной потребности в средствах планирования семьи, которая

включает также неудовлетворенную потребность в средствах ограничения числа деторождений. Концепция неудовлетворенной потребности указывает на несовпадение репродуктивных намерений женщин и их поведения в плане применения средств контрацепции. В целях мониторинга ЦУР показатель неудовлетворенной потребности рассчитывается на основании процентной доли женщин, состоящих в официальном или гражданском браке.

Пропорциональная доля спроса, удовлетворенного любими из современных методов, среди женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, 2018 год. Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Показатель распространенности современных методов контрацепции, разделенный на показатель совокупного спроса на средства планирования семьи. Совокупный спрос на средства планирования семьи представляет собой сумму показателей распространенности противозачаточных средств и неудовлетворенной потребности в средствах планирования семьи.

Пропорциональная доля спроса, удовлетворенного любими методами контрацепции (УСК) = показатель уровня распространенности противозачаточных средств для предохранения от беременности любими методами (УРПС), разделенный на показатель совокупного спроса на средства планирования семьи (СС).

Пропорциональная доля спроса, удовлетворенного любими из современных методов контрацепции (сУСК) = показатель уровня распространенности противозачаточных средств для предохранения от беременности современными методами (сУРПС), разделенный на показатель совокупного спроса на средства планирования семьи (СС).

где совокупный спрос = показатель уровня распространенности противозачаточных средств + коэффициент неудовлетворенной потребности в средствах контрацепции (КНПСК), то есть

$СС = УРПС + КНПСК$

Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав, в процентах, 2007/2016 годы. Источник: ЮНФПА. Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, самостоятельно принимающих решения в трех областях — относительно полового акта со своим партнером, использования противозачаточных средств и охраны своего здоровья.

Вредные обычаи

Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет, 2008/2016 годы. Источник: ЮНФПА. Пропорциональная доля женщин в возрасте 20–24 лет, вступивших в официальный или гражданский брак до достижения восемнадцатилетия.

Распространенность КОЖПО среди девушек, в процентах, 2004/2015 годы. Источник: ЮНФПА. Пропорциональная доля девушек в возрасте 15–19 лет, подвергшихся калечащим операциям на женских половых органах.

Образование

Скорректированный чистый коэффициент зачисления мальчиков и девочек в начальную школу, в процентах, 1999/2015 годы. Источник: Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ). Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу отражает процентную долю детей, относящихся к официальной возрастной группе начального образования, которые были зачислены в учреждения начального или среднего школьного образования.

Скорректированный чистый коэффициент зачисления мальчиков и девочек в среднюю школу, в процентах, 2000/2015 годы. Источник: ИСЮ. Скорректированный чистый коэффициент зачисления в среднюю школу отражает процентную долю детей, относящихся к официальной возрастной группе среднего образования, которые были зачислены в учреждения среднего школьного образования.

Индекс гендерного паритета, начальное образование, 1999/2015 годы. Источник: ИСЮ. Индекс гендерного паритета (ИГП) показывает соотношение между значениями скорректированных чистых коэффициентов зачисления в начальную школу девочек и мальчиков.

Индекс гендерного паритета, среднее образование, 2000/2015 годы.

Источник: ИСЮ. ИГП показывает соотношение между значениями скорректированных чистых коэффициентов зачисления в среднюю школу девочек и мальчиков.

Демографические показатели Население

Общая численность населения, в млн чел., 2018 год. Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают ориентировочную численность населения стран по состоянию на середину года.

Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах, 2010/2018 годы. Источник: расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают усредненные экспоненциальные темпы роста численности населения за определенный период на основе прогноза по среднему варианту.

Доля населения в возрасте 0–14 лет, в процентах, 2018 год. Источник: расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают пропорциональную долю населения в возрасте 0–14 лет.

Доля населения в возрасте 10–24 лет, в процентах, 2018 год. Источник: расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают пропорциональную долю населения в возрасте 10–24 лет.

Доля населения в возрасте 15–64 лет, в процентах, 2018 год. Источник: расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают пропорциональную долю населения в возрасте 15–64 лет.

Доля населения в возрасте 65 лет и старше, в процентах, 2018 год. Источник: расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают пропорциональную долю населения в возрасте 65 лет и старше.

Ожидаемая продолжительность жизни лиц мужского и женского пола при рождении (в годах), 2015/2020 годы. Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают среднюю ожидаемую продолжительность жизни новорожденных в годах, если они на протяжении всей жизни будут подвергаться такому же риску смертности, что и народонаселение соответствующей страны в момент их рождения.

Рождаемость

Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину), 2018 год. Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают 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 каждой возрастной группы в соответствии с преобладающими возрастными коэффициентами рождаемости.

Средний возраст деторождений (в годах), 2015/2020 годы Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают усредненный возраст матерей при рождении их детей в том случае, если бы женщины рожали на протяжении всей их жизни в соответствии с возрастными коэффициентами рождаемости, наблюдаемыми в конкретном году. Выражается в годах.

Региональная классификация

Приведенные в конце статистических таблиц усредненные значения 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

Регион Азии и Тихого океана

Афганистан; Бангладеш; Бутан; Вануату; Вьетнам; Индия; Индонезия; Иран (Исламская Республика); Камбоджа; Кирибати; Китай; Корейская Народно-Демократическая Республика; острова Кука; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Малайзия; Мальдивские Острова; Маршалловы острова; Микронезия (Федеративные Штаты); Монголия; Мьянма; Науру; Непал; Ниуэ; Пакистан; Палау; Папуа — Новая Гвинея; Самоа; Соломоновы Острова; Таиланд; Тимор-Лешти (Демократическая Республика); Токелау; Тонга; Тувалу; Фиджи; Филиппины; Шри-Ланка

Регион Восточной Европы и Центральной Азии

Азербайджан; Албания; Армения; Беларусь; Босния и Герцеговина; бывшая югославская Республика Македония; Грузия; Казахстан; Кыргызстан; Молдова (Республика); Сербия; Таджикистан; Туркменистан; Турция; Украина

Регион Восточной Африки и Юга Африки

Ангола; Ботсвана; Бурунди; Замбия; Зимбабве; Кения; Коморские Острова; Конго (Демократическая Республика); Лесото; Маврикий; Мадагаскар; Малави; Мозамбик; Намибия; Руанда; Сейшельские Острова; Танзания (Объединенная Республика); Уганда; Эритрея; 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; Венесуэла (Боливарианская Республика); Гаити; Гайана; 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

К **более развитым регионам** согласно классификации ООН относятся Европа, Северная Америка, Австралия / Новая Зеландия и Япония.

К **менее развитым регионам** согласно классификации ООН относятся все регионы Африки, Азии (кроме Японии), Латинской Америки и Карибского бассейна, а также 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), по состоянию на январь 2014 года относились 48 стран: 34 страны в Африке, 9 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; Экваториальная Гвинея; Эритрея; Эфиопия и Южный Судан. Эти страны также входят в категорию менее развитых регионов.

Библиография

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi (2009). *The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction*. Dordrecht: Springer.
- Adsera, Alicia (2018). Education and fertility in the context of rising inequality. *Vienna Yearbook of Population Research*, vol. 1, No. 15, pp. 63–94.
- African Union Commission (2017). *AU Roadmap on Harnessing the Demographic Dividend through Investments in Youth*. Addis Ababa. <http://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AU%202017%20DD%20ROADMAP%20Final%20-%20EN.pdf>.
- Akin, Ayşe (2007). Emergence of the family planning program in Turkey. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Family Planning Policies and Programs*, Warren C. Robinson and John A. Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Alves, José E. Diniz, and Sonia Corrêa (2003). Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol. 20, No. 2, pp. 129–56.
- Alves, José E. Diniz, and George Martine (2017). Population, development and environmental degradation in Brazil. In *Brazil in the Anthropocene: Conflicts Between Predatory Development and Environmental Policies*, Philippe Lena and Liz-Rejane Issberner, eds. New York: Routledge, pp. 41–61.
- Arpino, Bruno, Gøsta Esping-Andersen, and Lea Pessin (2015). How do changes in gender role attitudes towards female employment influence fertility? A macro-level analysis. *European Sociological Review*, vol. 31, No. 3, pp. 370–82.
- Avert (Global information and education on HIV and AIDS) (2017). HIV and AIDS in Central Europe and Eastern Asia. <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview>.
- Banks, Joseph A. (1954). *Prosperity and Parenthood: a Study of Family Planning Among the Victorian Middle Classes*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Basten, Stuart, and Baochang Gu (2013). National and regional trends in ideal family size in China. Paper presented at the International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population. Busan, Korea, 26–31 August 2013. https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/GU%20and%20Basten%20Long%20Abstract.pdf.
- Bearak, Jonathan, et al. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, vol. 6, No. 4, e380–e389.
- Beaujouan, Éva, and Caroline Berghammer (2017). The gap between lifetime reproductive intentions and completed fertility in Europe and the United States: a cohort approach. Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 12/2017. Vienna.
- Becker, Gary S. and H. Gregg Lewis (1973). "On the Interaction between the Quantity and Quality of Children." *Journal of Political Economy*, Vol. 81, No. 2, Part 2: New Economic Approaches to Fertility (Mar. - Apr., 1973), pp. S279-S288.
- Billari, Francesco C. (2018). A "great divergence" in fertility? In *Low Fertility Regimes and Demographic and Societal Change*, Dudley L. Poston, Jr., ed. Cham: Springer, pp. 15–35.
- Billari, Francesco C., and Hanse-Peter Kohler (2004). Patterns of low and very low fertility in Europe. *Population Studies*, vol. 58, No. 2, pp. 161–76.
- Blanc, Ann K., and Amy O. Tsui (2005). The dilemma of past success: insiders' views on the future of the international family planning movement. *Studies in Family Planning*, vol. 36, No. 4, pp. 263–76.
- Bloom, David E. and Williamson, Jeffrey G. 1998. "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia (English)". *The World Bank Economic Review*. Vol. 12, No. 3 (September 1998), pp. 419-455.
- Blossfeld, Hans-Peter, et al., eds. (2005). *Globalization, Uncertainty and Youth in Society: the Losers in a Globalizing World*. Routledge.
- Bongaarts, John (2002). The end of the fertility transition in the developed world. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 3, pp. 419–43.
- Bongaarts, John, et al. (2012). *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Caldwell, John (1976). Toward a Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, Vol. 2, No. 3/4 (Sep. - Dec., 1976), pp. 321–366.
- _____ (1980). Mass education as a determinant of the timing of fertility decline. *Population and Development Review*, vol. 6, No. 2, pp. 225–55.
- _____ (1982). *Theory of Fertility Decline*. London: Academic Press.
- _____ (1985). The social repercussions of colonial rule: demographic aspects. In *General History of Africa*, vol. VII: *Africa Under Colonial Domination, 1880–1935*, A. Adu Boahen, ed. Paris: UNESCO, pp. 458–86.
- Caldwell, John C., and Pat Caldwell (1987). The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 13, No. 3, pp. 409–37.
- Casterline, John (2017). Prospects for fertility decline in Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 3–18.
- Casterline, John, and Samuel Agyei-Mensah (2017). Fertility desires and the course of fertility decline in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 84–111.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), and ORC Macro (2003). *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: a Comparative Report*. Atlanta, Georgia: United States Department of Health and Human Services, and Calverton, Maryland: ORC Macro.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), and CFSC (Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia) (1972). *Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America*. Chicago: University of Chicago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1992). *La Planificación Familiar en América Latina*. Santiago, DDR/7.

- Chandra, Anjani, Casey E. Copen, and Elizabeth Hervey Stephen (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982–2010: data from the National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Report*, 14 August 2013, No. 67, pp. 1–19.
- Chesnais, Jean-Claude (1992). *The Demographic Transition: Stages, Patterns and Economic Implications. A Longitudinal Study of Sixty-Seven Countries Covering the Period 1720–1984*. New York: Clarendon Press.
- Cleland, John, and Chris Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition: an iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, No. 1, pp. 5–30.
- Coale, Ansley (1973). The demographic transition reconsidered. In *Proceedings of the International Population Conference*, Liege. Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Coale, Ansley, and Edgar Hoover (1958). *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*. Princeton: Princeton University Press.
- Cohen, Barney (1993). Fertility levels, differentials, and trends. In *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, Karen A. Foote, Kenneth H. Hill and Linda G. Martin, eds. Washington, D.C.: National Academy Press, pp. 8–67.
- Comolli, Chiara Ludovica (2017). The fertility response to the Great Recession in Europe and the United States: structural economic conditions and perceived economic uncertainty. *Demographic Research*, vol. 36, No. 51, pp. 1549–600.
- Coquery-Vidrovitch, Catherine (1988). Les populations africaines du passé. In *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Dominique Tabutin, ed. Paris: Editions l'Harmattan, pp. 51–72.
- Cordell, Dennis D. et al. (1987). African historical demography: the search for a theoretical framework. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 14–32.
- Council of Europe (2006). *Recent Demographic Developments in Europe 2005*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- David, Henry P., ed. (1999). *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Dawson, Marc H. (1987). Health, nutrition, and population in central Kenya, 1890–1945. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 201–17.
- DHS and USAID (2018). STATcompiler. <http://www.statcompiler.com>.
- Easterlin, Richard A. (1975). An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning*, vol. 6, No. 3, pp. 54–63.
- Eurostat (2018). Eurostat database, Population and Social Conditions, Fertility indicators (demo_find). Available at <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Accessed on 20 March 2018.
- Gietel-Basten, Stuart (2018). Fertility decline. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis.
- Goldin, Claudia (2006). The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family. *American Economic Review*, vol. 96, No. 2, pp. 1–21.
- Goldscheider, Frances, Eva Bernhardt, and Trude Lappegård (2015). The gender revolution: a framework for understanding changing family and demographic behavior. *Population and Development Review*, vol. 41, No. 2, pp. 207–39.
- Goldstein, Joshua R., Tomas Sobotka, and Aiva Jasilioniene (2009). The end of lowest-low fertility? *Population and Development Review*, vol. 35, No. 4, pp. 663–700.
- Goldstein, Joshua R. et al. (2013). Fertility reactions to the "Great Recession" in Europe. *Demographic Research*, vol. 29, No. 4, pp. 85–104.
- Guilmoto, Christophe Z. (2016). The past and future of fertility change in India. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Guinnane, Timothy (2011). The historical fertility transition: a guide for economists. *Journal of Economic Literature*, vol. 49, No. 3, pp. 589–614.
- Guo, Zhigang, and Baochang Gu (2014). China's low fertility: evidence from the 2010 Census. In *Analysing China's Population*, Isabelle Attané and Baochang Gu, eds. INED, Population Studies 3. Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- Guttmacher Institute (2017). Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017. Fact sheet. Available at www.guttmacher.org.
- Guzman, Jose Miguel (1998). Visiones teóricas del cambio de la fecundidad el aporte latinoamericano. *Annals, XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. Caxambu, Brazil.
- Hagewen, Kellie J., and S. Philip Morgan (2005). Intended and ideal family size in the United States. *Population and Development Review*, vol. 31, No. 3, pp. 507–27.
- Hajnal, John (1965). European marriage patterns in historical perspective. In *Population in History*, David Glass and David Eversley, eds. London: Edward Arnold.
- Harkavy, Oskar, and Khishna Roy (2007). Emergence of the Indian national family planning program. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Warren Robinson and John Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Harknett, Kristen, and Caroline Hartnett (2014). The gap between births intended and births achieved in 22 European countries, 2004–07. *Population Studies*, vol. 68, No. 3, pp. 265–82.
- Hayes, Adrian (2012). "The status of family planning and reproductive health in Indonesia: a story of success and fragmentation", in Zaman et al. (eds), *Family Planning in Asia and the Pacific: Addressing the Challenges*, Selangor, Malaysia: International Council on Management of Population Programmes (ICOMP): 225–241.
- _____ (2018). Family planning policies and programs. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 87–108.

- Hayford, Sarah R., Karen Benjamin Guzzo, and Pamela J. Smock (2014). The decoupling of marriage and parenthood? Trends in the timing of marital first births, 1945–2002. *Journal of Marriage and Family*, vol. 76, No. 3, pp. 520–38.
- Herrera, Catalina, and David E. Sahn (2015). The impact of early childbearing on schooling and cognitive skills among young women in Madagascar. IZA Discussion Paper No. 9362. Bonn: Institute of Labor Economics.
- Herrmann, M., ed. (2015). *Consequential Omissions: How Demography Shapes Development—Lessons from the MDGs for the SDGs*. Berlin: UNFPA and the Berlin Institute.
- Hindin, Michelle (2012). The influence of women's early childbearing on subsequent empowerment in sub-Saharan Africa: a cross-national meta analysis. ICRW Working Paper series, No. 003-2012. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Hodorogea, Stelian, and Rodica Comendant (2010). Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 110, Supplement, pp. S34–S37.
- Hull, Terence (1991). Reports of coercion in the Indonesian vasectomy program: a report to AIDAB. Development Paper, No. 1. Canberra: Australian International Development Assistance Bureau.
- _____ (2012). Indonesia's demographic mosaic. In *Population Dynamics in Muslim Countries: Assembling the Jigsaw*, Hans Groth and Alfonso Souza-Poza, eds. Dordrecht: Springer.
- _____ (2016). Indonesia's fertility levels, trends and determinants: dilemmas of analysis. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Hull, T.H., and V.J. Hull (1997). Politics, culture and fertility: transitions in Indonesia. In *The Continuing Demographic Transition*, G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell and R.M. D'Souza, eds. Oxford: Clarendon Press.
- Human Fertility Database (2018). Period total fertility rates and cohort data on women by the number of children ever born. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at www.humanfertility.org. Accessed in February 2018.
- ICF (n.d.). icf.com
- ILO (International Labour Organization) (2016). *World Employment Social Outlook: Trends for Youth 2016*. Geneva: ILO.
- James, K.S. (2011). India's demographic change: opportunities and challenges. *Science*, vol. 333, No. 6042, pp. 576–80.
- Jayasuriya, Laksiri (2014). Sri Lanka's experience of social development: towards equity and justice. In *Development and Welfare Policy in South Asia*, Gabriele Kohler and Deepta Chopra, eds. London: Routledge.
- Jones, Gavin, ed. (2015). *The Impact of Demographic Transition on Socio-Economic Development in Bangladesh*. Dhaka: United Nations Population Fund.
- Jones, Gavin W., and Bina Gubhaju (2009). Factors influencing changes in mean age at first marriage and proportions never marrying in the low-fertility countries of east and Southeast Asia. *Asian Population Studies*, vol. 5, No. 3, pp. 237–65.
- Khuda, B., and S. Barkat (2015). Repositioning family planning programs in South Asia. *Asian Profile*, vol. 43, No. 1.
- Khuda, B. et al. (2001). Determinants of the fertility transition in Bangladesh. In *Fertility Transition in South Asia*, Z. Sathar and J. Phillips, eds. New York: Oxford University Press.
- Kim, Doo-Sub, and Sam Hyun Yoo (2016). Long-term effects of economic recession on fertility: the case of South Korea. Paper presented at the European Population Conference 2016, Mainz, Germany. <http://epc2016.princeton.edu/abstracts/160320>.
- Knodel, John, and Etienne Van de Walle (1986). Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 390–419.
- Kohler, Hans-Peter, Francesco C. Billari, and Jose Antonio Ortega (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 4, pp. 641–80.
- Kon, Igor S. (1995). *The Sexual Revolution in Russia*. New York: The Free Press.
- Lappegård, Trude, Sebastian Klüsener, and Daniele Vignoli (2018). Why are marriage and family formation increasingly disconnected across Europe? A multilevel perspective on existing theories. *Population, Space and Place*, vol. 24, No. 2.
- Lee, Dohoon (2010). "The early socioeconomic effects of teenage childbearing: A propensity score matching approach." *Demographic Research*: Volume 23, article 25. Pp. 697-736.
- Lee, Ronald, and Andrew Mason (2006). What is the demographic dividend?, *Finance and Development, Back to Basics*, vol. 43, No. 3. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Lesthaeghe, Ron (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800–1970*. Princeton: Princeton University Press.
- _____ (2010). The unfolding story of the second demographic transition. *Population and Development Review*, vol. 36, No. 2, pp. 211–51.
- Lesthaeghe, Ron, and Chris Wilson (1986). Modes of production, secularization, and the pace of fertility decline in Western Europe, 1870–1930. In *The Decline of Fertility in Europe*, A. Coale and S. Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 261–92.
- Levine, Hagai et al. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, vol. 23, No. 6, pp. 646–59.
- Luci-Greulich, Angela, and Olivier Thévenon (2014). Does economic advancement "cause" a re-increase in fertility? An empirical analysis for OECD countries (1960–2007). *European Journal of Population*, vol. 30, No. 2, pp. 187–221.
- Lutz, Wolfgang, William P. Butz, and Samir KC, eds. (2014). *World Population and Human Capital in the Twenty-First Century*. Oxford: Oxford University Press.

- Ma, Li (2014). Economic crisis and women's labor force return after childbirth: evidence from South Korea. *Demographic Research*, vol. 31, No. 18, pp. 511–52.
- Martin, Joyce A. et al. (2018). Births: final data for 2016. *National Vital Statistics Reports*, vol. 67, No. 1. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Martine, George, José Eustaquio Alves, and Suzana Cavenaghi (2013). Urbanization and fertility decline: cashing in on structural change. Working paper. London: International Institute for Environment and Development.
- Martinez-Alier, Joan, and Eduard Masjuan (2004). *Neo-Malthusianism in the Early 20th Century*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Mascarenhas, Maya N. et al. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, vol. 9, No. 12.
- Mason, Karen Oppenheim (1997). Explaining fertility transitions. *Demography*, vol. 34, No. 4, pp. 443–54.
- May, John F and Alex Kamurase (2009). Demographic growth and development prospects in Rwanda: Implications for the World Bank. http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event_files/Demographic%20Growth%20and%20Development%20Prospects%20in%20Rwanda.pdf
- McDonald, Peter (2006). Low fertility and the state: the efficacy of policy. *Population and Development Review*, vol. 32, No. 3, pp. 485–510.
- _____ (2008). Explanations of low fertility in East Asia: a comparative perspective. In *Ultra-Low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues*, Paulin Straughan, Angelique Chan and Gavin Jones, eds. Routledge, pp. 41–57.
- _____ (2013). Societal foundations for explaining low fertility: gender equity. *Demographic Research*, vol. 28, No. 34, pp. 981–94.
- _____ (2018). The development of population research institutions in Asia. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 32–44.
- McDonald, Peter, and Helen Moyle (2018). Women as agents in fertility decision-making: Australia, 1870–1910. *Population Development Review*, vol. 44, No. 2, pp. 203–30.
- Meillassoux, Claude (1977). *Femmes, Greniers et Capitaux*. Paris: François Maspero.
- Miller, Amalia R. (2011). The effects of motherhood timing on career path. *Journal of Population Economics*, vol. 24, No. 3, pp. 1071–100.
- Mills, Melinda C. (2015). The Dutch fertility paradox: how the Netherlands has managed to sustain near-replacement fertility. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 161–88.
- Miró, Carmen, and Joseph Potter (1980). *Population Policy: Research Priorities in the Developing World*. Mexico City: El Colegio de México.
- Mohanty, Sanjay K. et al. (2016). Distal determinants of fertility decline: evidence from 640 Indian districts. *Demographic Research*, vol. 34, No. 13, pp. 373–406.
- Moyle, Helen (2015). The fall of fertility in Tasmania in the late 19th and early 20th centuries. PhD thesis. Canberra: Australian National University.
- Mundigo, Axel (1992). Los programas de planificación familiar y su función en la transición de la fecundidad en América Latina. UN: LC/DEM/G.124, Notas de Población, No. 55, pp. 11–40.
- Myrskylä, Mikko, Hans-Peter Kohler, and Francesco C. Billari (2009). Advances in development reverse fertility declines. *Nature*, vol. 460, pp. 741–3.
- NIPSSR (National Institute of Population and Social Security Research) (2016). Marriage process and fertility of married couples. Attitudes toward marriage and family among Japanese singles. Highlights of the survey results on married couples/ singles. Available at http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/e/doukou15/Nfs15_gaiyoEng.html. Accessed on 5 October 2017.
- _____ (2017). Population statistics of Japan 2017. Available at <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2017/PSJ2017.asp>. Accessed in October 2017.
- Notestein, Frank (1945). Population: the long view. In *Food for the World*, Theodore Schultz, ed. Chicago: Chicago University Press, pp. 36–51.
- _____ (1953). Economic problems of population change. In *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*. London: Oxford University Press, pp. 13–31.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2007). *Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life. A Synthesis of Findings for OECD Countries*. Paris.
- _____ (2011). *Doing Better for Families*. Paris.
- _____ (2017). *The Pursuit of Gender Equality: an Uphill Battle*. Paris. <http://www.oecd.org/publications/the-pursuit-of-gender-equality-9789264281318-en.htm>.
- _____ (2018). OECD Family Database, Table PF3.2: Enrolment in childcare and pre-school. Available at <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>. Accessed on 25 February 2018.
- Page, Hilary J., and Ron Lesthaeghe (1981). *Child-Spacing and Fertility in Sub-Saharan Africa*. London: Academic Press.
- Pande, R.P., A. Malhotra and S. Namy (2012). Fertility decline and changes in women's lives and gender equality in in Tamil Nadu, India. Fertility and Empowerment Network Working Paper Series, No. 007-2012-ICRW-FE. Washington D.C.: Fertility and Empowerment Network.
- Perelli-Harris, Brienna (2005). The path to lowest-low fertility in Ukraine. *Population Studies*, vol. 59, No. 1, pp. 55–70.
- Perelli-Harris, Brienna et al. (2012). Changes in union status during the transition to parenthood in eleven European countries, 1970s to early 2000s. *Population Studies*, vol. 66, No. 2, pp. 167–82.
- Potter, Joseph E., Carl C. Schmertmann, and Suzana M. Cavenaghi (2002). Fertility and development: evidence from Brazil. *Demography*, vol. 39, No. 4, pp. 739–61.
- Rahman, Fahmida, and Daniel Tomlinson (2018). *Cross Countries: International Comparisons of Intergenerational Trends*. Resolution Foundation and Intergenerational Commission. <https://www.resolutionfoundation.org/app/uploads/2018/02/IC-international.pdf>.

- Raymo, James M. et al. (2015). Marriage and family in East Asia: continuity and change. *Annual Review of Sociology*, vol. 41, pp. 471–92.
- Republic of Rwanda (2003). National Reproductive Health Policy. Kigali, July 2003. Ministry of Health.
- Rindfuss, Ronald R., Minja Kim Choe, and Sarah Brauner-Otto (2016). The emergence of two distinct fertility regimes in economically advanced countries. *Population Research and Policy Review*, vol. 35, No. 3, pp. 287–304.
- Rindfuss, Ronald R. et al. (2004). Social networks and fertility change in Japan. *American Sociological Review*, vol. 69, pp. 838–61.
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2017). Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Serie Población y Desarrollo, No. 119, LC/TS.2017/92. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Rodriguez-Vignoli, Jorge, and Suzana M. Cavenaghi (2014). Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played? *Genus*, vol. 70, No. 1, pp. 1–25.
- _____ (2017). Unintended fertility among Latin American adolescents: a growing trend across all socioeconomic groups. In: *International Population Conference, Cape Town, Scientific Programme*. Cape Town: International Union for the Scientific Study of Population.
- Rosero-Bixby, Luis, Teresa Castro-Martín, and Teresa Martín-García (2009). Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? In *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America: Historical Trends and Recent Patterns*. Rio de Janeiro: ALAP, pp. 219–41.
- Rutstein, Shea, and Guillermo Rojas (2006). *Guide to DHS statistics*. Demographic and Health Surveys. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Sanderson, Warren C., Vegard Skirbekk, and Marcin Stonawski (2013). Young adult failure to thrive syndrome. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 169–87.
- Schmidt, Lone et al. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, vol. 18, No. 1, pp. 29–43.
- Schneider, Daniel (2015). The Great Recession, fertility, and uncertainty: evidence from the United States. *Journal of Marriage and Family*, vol. 77, No. 5, pp. 1144–56.
- Secombe, Wally (1993). *Weathering the Storm: Working-Class Families from the Industrial Revolution to the Fertility Decline*. London: Verso.
- Sedgh, Gilda, and Rubina Hussain (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning*, vol. 45, No. 2, pp. 151–69.
- Sedgh, Gilda et al. (2016a). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, vol. 388, No. 10041, pp. 258–67.
- _____ (2016b). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute.
- Simmons, Alan E., Arthur M. Conning, and Miguel Villa, eds. (1979). El contexto social de cambio de la fecundidad en América Latina rural. Aspectos metodológicos y resultados empíricos, volúmenes I–III. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Simmons, Ruth (1996). Women's lives in transition: a qualitative analysis of the fertility decline in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, vol. 27, No. 5, pp. 251–68.
- Sobotka, Tomáš (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: collapse and gradual recovery. *Historical Social Research*, vol. 36, No. 2, pp. 246–96.
- _____ (2016). Birth control, reproduction, and family under state socialism in Central and Eastern Europe. In *Gender Relations and Birth Control in the Age of the "Pill"*, Lutz Niethammer and Silke Satjukow, eds. Göttingen: Wallstein Verlag, pp. 87–116.
- _____ (2017). Post-transitional fertility: the role of childbearing postponement in fuelling the shift to low and unstable fertility levels. *Journal of Biosocial Science*, vol. 49, Supplement 1, pp. S20–S45.
- Sobotka, Tomáš, and Éva Beaujouan (2014). Two is best? The persistence of a two-child family ideal in Europe. *Population and Development Review*, vol. 40, No. 3, pp. 391–419.
- _____ (2018). Late motherhood in low-fertility countries: reproductive intentions, trends and consequences. In *Preventing Age-Related Fertility Loss*, Dominic Stoop, ed. Cham: Springer, pp. 11–29.
- Solo, Julie, 2008. *Family Planning in Rwanda: How a Taboo Topic Became Priority Number One*. Chapel Hill, NC: IntraHealth International.
- Starrs, Ann et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, vol. 391, No. 10140, pp. 2642–92.
- Stloukal, Libor (1999). Understanding the “abortion culture” in Central and Eastern Europe. In *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*, Henry P. David, ed. Westport, Connecticut: Greenwood Press, pp. 23–37.
- Stone, Lyman (2018). American women are having fewer children than they would like. *The New York Times*, 13 February.
- Taucher, Erica (1979). Efectos demográficos y socio-económicos de los programas de planificación familiar en la América Latina. In *Población y Desarrollo en América Latina*, Victor Urquidi and José B. Morelos, eds. México City: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Colegio de México.
- te Velde, Egbert et al. (2012). The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. *Human Reproduction*, vol. 27, No. 4, pp. 1179–83.
- _____ (2017). Ever growing demand for in vitro fertilization despite stable biological fertility: a European paradox. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 214, pp. 204–8.
- Tsuya, Noriko O. (2015). Below-replacement fertility in Japan: patterns, factors, and policy implications. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 87–106.
- Turshen, Meredith (1987). Population growth and the deterioration of health: Mainland Tanzania, 1920–1960. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 187–200.

- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2017). *Ending AIDS: Progress Towards the 90–90–90 Targets*. Geneva. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf.
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2012. *State of World Population 2012*. "By Choice, not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development. New York: ЮНФПА.
- UNICEF (2017). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. New York.
- _____ (2018). Child Marriage Database. Available at <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>.
- United Nations (1987). Fertility behaviour in the context of development: evidence from the World Fertility Survey. *Population Studies*, No. 100. New York.
- _____ (2013). World abortion policies 2013. Available at <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>. Accessed in March 2018.
- United Nations (2015). Demographic Components of Future Population Growth: 2015 Revision. Available from un.org/en/development/desa/population/theme/trends/dem-comp-change.shtml.
- _____ (2015a). World Population Policies Database. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Available from: https://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.
- _____. 2015b. World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- _____ (2016). *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016*. New York.
- _____ (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- _____ (2017a). *World Marriage Data, 2017*. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Uusküla, Anneli et al. (2010). Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 86, No. 1, pp. 6–14.
- Van de Walle, Francine (1986). Infant mortality and the European demographic transition. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 201–33.
- Visaria, L. (2009). Fertility transition: lessons from South India. In *Handbook of Population and Development in India*, A.K.S. Kumar, P. Panda and R.R. Ved, eds. New Delhi: Oxford University Press.
- Wei, Yan, Quanbao Jiang, and Stuart Basten (2013). Observing the transformation of China's first marriage pattern through net nuptiality tables: 1982–2010. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 65–75.
- Welti Chanes, C. (2006). Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación. *Papeles de Población*, vol. 12, No. 50, pp. 253–75.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole (1995). Unmet need: 1990–1994. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International.
- WHO (World Health Organization) (2016). *World Malaria Report 2015*. Geneva.
- Wittgenstein Centre (2015). European fertility 2015. Available at <http://www.fertilitydatasheet.org>.
- _____ (2016). European demographic data sheet 2016. Available at www.populationeurope.org.
- Wodon, Quentin et al. (2017). *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, and International Center for Research on Women. www.costsofchildmarriage.org.
- World Bank (2017). World Development Indicators. Available at <https://data.worldbank.org/products/wdi>.
- Yoo, Sam Hyun, and Tomáš Sobotka (2018). Ultra-low fertility in South Korea: the role of the tempo effect. *Demographic Research*, vol. 38, No. 22, pp. 549–76.
- Yüceşahin, M. Murat, Tuğba Adah, and A. Sinan Türkyilmaz (2016). Population policies in Turkey and demographic changes on a social map. *Border Crossing*, vol. 6, No. 2, pp. 240–66.
- Zeman, Kryštof et al. (2018). Cohort fertility decline in low fertility countries: decomposition using parity progression ratios. *Demographic Research*, vol. 38, No. 25, pp. 651–90.



Обеспечение прав и возможности 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

[@UNFPA](https://twitter.com/UNFPA)



ISSN 1020-5195

ISBN 978-1-61800-032-3



9 781618 000323

В продаже под № E.18.III.H.1

E/3,721/2018

Напечатано на бумаге из вторичного сырья.